الجـامعـــة الإســـلامية ـ غـــزة

الـــدراســـــات العلـيـــــا

كلــيـــــــة الـتـربـيـــــة

قســم علم النفس والإرشــاد النفــسي



الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة الفلسطينية وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى

إعداد الطالب

إسماعيل أحمد محمد أحمد

إشراف

الدكتور/ جميل الطهراوي

رسالة مقدمة لقسم علم النفس والإرشاد النفسي بكلية التربية في الجامعة الإسلامية بغزة كمتطلب تكميلي لنيل درجة الماجستير في علم النفس

١٤٣٠هـ - ٢٠٠٩م


بسم الله الرحمن الرحيم

إهداء

إلى روح والدي رحمه الله وأسكنه فسيح جناته...

إلى والدتي الغالية أمدّها الله بالصحة والعافية...

إلى زوجتي العزيزة التي كابدت معي عناء الدراسة...

إلى بهجة عمري أبنائي الأحبة روان وأحمد ودانا...

إلى أخي وأخواتي وفقهم الله لما يحب ويرضى...

إلى زملائي وزميلاتي في برنامج غزة للصحة النفسية...

إلى كل من وقف بجانبي مشاركاً وموجهاً وناصحاً...

أهدي هذا العمل المتواضع...

الباحث

إسماعيل أحمد أحمد

شكر وتقدير

قال تعالى : (رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ) النمل آية (١٩)

وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم : " لا يشكر الله من لا يشكر الناس " رواه أحمد و أبو داوود والترمذي. (http://islamweb.org)

لا يسع الباحث وقد بلغ بحثه هذه المرحلة إلا أن يشكر أصحاب الفضل في ذلك ، فلم يكن هذا البحث ليصل إلى صورته الحالية لولا توفيق الله تعالى أولاً ، ثم جهود رائد من رواد البحث في مجال علم النفس الاجتماعي في فلسطين : سعادة الدكتور جميل الطهراوي ، حيث كان بتوفيق الله المشرف العلمي لهذا المنجز البحثي ، وإني هنا أسجل شكري ، وامتناني ، واعترافي بالفضل لسعادته الذي أحاط الباحث بكرم أخلاقه ، وسديد توجيهاته في جميع مراحل البحث ، فله مني الشكر ، ومن الله الثواب على ما قدم .

ثم أقف احتراماً وتقديراً لكل من الدكتور عاطف الأغا والدكتور سمير قوتة اللذين آزرا الباحث منذ بدايات فكرة البحث وبعد ذلك ، ولا يفوتني هنا إلا أن أشكر أصحاب السعادة أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس والإرشاد النفسي المناقشين لخطة البحث ، حيث كان لتوجيهاتهم الأثر الكبير في خروج البحث بهذه الصورة ، كما أشكر كل من الدكتور أنور العبادسة والدكتور عبدالعظيم المصدر اللذين تفضلا بقبول المناقشة لهذا البحث جزاهما الله عني خير الجزاء . وكما أتقدم بالشكر إلى السادة المحكمين لما بذلوه من جهد في تحكيم أدوات هذه الدراسة. وكما أتقدم بالشكر إلى برنامج غزة للصحة النفسية ولكل زملائي وزميلاتي لما أتاحوه لي من الوقت والتسهيلات لإكمال هذه الدراسة . وأخيراً أشكر كل من ساهم معي وقدم لي عوناً بجهده وعلمه ونصحه حتى تمكنت من إتمام البحث بهذه الصورة.

الباحث

إسماعيل أحمد أحمد

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة إلى معرفة اتجاهات ذوي المرضى النفسيين نحو المرض النفسي في ضوء متغيرات : التدين ، والعمر ، والجنس ، والمستوى التعليمي ، ومكان السكن ، ودخل الأسرة الشهري . وقد تكونت عينة الدراسة من (٣٠٠) شخص من ذوي المرضى النفسيين الذين يعالجون مرضاهم في عيادات برنامج غزة للصحة النفسية ، حيث بلغ متوسط أعمارهم (٣٢,٨) سنة بانحراف معياري (١٠,٣) سنة ، حيث شكل الذكور في العينة نسبة (٤٥%) ، بينما شكلت الإناث في العينة نسبة (٥٥%) . وكانت الأدوات المستخدمة عبارة عن مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي ومقياس مستوى التدين ، حيث قام الباحث بإعداد هاتين الأداتين ، وتم التأكد من صدقهما وثباتهما . وتم استخدام أساليب إحصائية متعددة وهي : التكرارات ، والنسب المئوية ، والمتوسط الحسابي ، والانحراف المعياري ، والوزن النسبي ، ومعامل ارتباط بيرسون ، واختبار (ت) ، وتحليل التباين الأحادي . كشفت أهم نتائج الدراسة أن اتجاه ذوي المرضى النفسيين نحو المرض النفسي ايجابي وبنسبة (٦٥,٦%) ، وأن مستوى التدين لدى ذوي المرضى النفسين عالي وبنسبة (٩٣,٥%) . وأنه كلما زادت درجة التدين عند ذوي المرضى النفسيين كلما زاد اتجاههم الايجابي نحو المرض النفسي والعكس صحيح . ولقد تبين أيضاً أن الأفراد الحاصلين على شهادة الدبلوم بعد الثانوية لديهم اتجاه إيجابي نحو المرض النفسي أكثر من الأفراد الذين مستواهم التعليمي إعدادي فأقل ، كذلك تبين أن الأفراد الحاصلين على الشهادة الجامعية فما فوق لديهم اتجاه ايجابي نحو المرض النفسي أكثر من الأفراد الحاصلين على شهادة علمية من ثانوية عامة فأقل . وأن الأفراد الذين مستوي دخل أسرهم يتراوح بين (١٢٠١ شيكل) حتى (٢٥٠٠ شيكل) لديهم اتجاه إيجابي نحو المرض النفسي أكثر من الأفراد الذين مستوى دخل أسرهم أقل من (١٢٠٠ شيكل) ، بينما لم تلاحظ أي فروق إحصائية بين المستويات الأخرى . وأنه لا توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين والعمر . وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين تبعاً للمتغيرين الجنس ومكان السكن .

المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

فهرس الملاحق

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهميتها وأهدافها

- مقدمة.
- مشكلة الدراسة.
- أهمية الدراسة.
- أهداف الدراسة.
- فروض الدراسة.
- مصطلحات الدراسة.
- حدود الدراسة.

الفصل الأول

مقدمة:

يتأثر البعض عندما يُقال عن أسرته أن فيها مريضاً نفسياً أو مجنوناً ، وهذا قد يمنع أخواته البنات في الأسرة من الزواج ، وهذا الأمر في كثير من الأحيان يمنع الأفراد من الوصول إلى العلاج على اعتبار أن وصولهم للعيادة النفسية سيعني انتشار الخبر في المجتمع.

هذا ما لاحظه الباحث خلال عمله في مجال الصحة النفسية في برنامج غزة للصحة النفسية ، أنه ما زالت النظرة السلبية للمرض النفسي لدى بعض الأفراد في المجتمع الفلسطيني ، ويتبين ذلك من خلال هذا الموقف : منذ زمن ليس ببعيد مرض نفسياً ابن أحد جيراننا وتم الاتفاق على موعد للعلاج في عيادة غزة للصحة النفسية ولم يأت أحد علي الموعد ، وعند مراجعتي جاري سبب عدم الذهاب للعيادة حسب الموعد أفاد بأنه لا يريد أن يقال عن ابنه مريض نفسي ، وهناك مواقف مشابهة كثيرة ومتعددة أذكر منها حالة الطفل شادي:

شادي عمره (١٤) سنة ، أنهى بنجاح الصف الثاني الإعدادي ، يسكن مع عائلته في منزل رائع في حي الدرج بمدينة غزة ، استيقظ من نومه على صوت قوي منتصف ليلة الثاني والعشرون من شهر يوليو لسنة (٢٠٠٢) ميلادية ، كان ذلك الصوت نتيجة انفجار صاروخ ضخم وزنه طن أطلقته طائرة حربية صهيونية على أحد منازل جيرانهم ، ووقت القصف الصهيوني الغاشم كان الطفل شادي نائما في غرفته مع أخويه فاستيقظ من النوم مذعوراً خائفاً من قوة الانفجار ، لم يكن يعرف ما جري ولم يستطع رؤية شيء لأن الكهرباء قُطعت مع الانفجار ، فقط الظلام ورائحة الغبار تملآن المكان ، فاعتقد أن هناك زلزال قد حدث ، وشعر بالرهبة والخوف وخرج مسرعاً من الغرفة ليتعثر ويسقط على الأرض ، فشعر بشيء ناعم ودافئ على الأرض ، عاد ومعه شمعة ، إذا بها أشلاء جثة ملقاة في الممر أمام باب غرفته ، تَسَمّر في مكانه لحظات ، تذكر جدته وصاح مذعوراً جدتي .. جدتي ، وأسرع ناحية غرفة جدته لم يجدها ولم يجد أحد في المنزل الذي دمره الانفجار بشكل جزئي ، وخرج للشارع فوجد الإسعافات تنقل أطفال قتلي وآخرين جرحي وشاهد معظم منازل جيرانه مدمرة ، وأخيراً وجد جميع أفراد أسرته بخير، وبعد هذه الليلة العصيبة صار شادي يعاني من اضطرابات في النوم كعدم القدرة على النوم ، وكوابيس وفزع ليلي وذلك يحدث عندما يتعب في آخر الليل وينام ، ويتذكر ما حدث في تلك الليلة بشكل مقحم وباستمرار ، وأيضاً يتذكر جميع الأحداث بشكل سريع جدا (Flashback) ، ويتجنب العودة لمنزله في حي الدرج ، ويشعر بضيق عندما يشم رائحة الغبار أو عند مشاهدة اللحمة في البيت أو عند الجزار ، ويشعر بقلق معظم الوقت ويتوقع حدوث الأسوأ كعودة

الطائرات الصهيونية لقصف غزة مرة أخرى ، وصار عصبي وأحياناً يضرب إخوته الصغار لأسباب بسيطة ، ولا توجد لديه شهية للأكل ، ولا يرغب باستقبال أو زيارة أحد.

هذه الحالة تم التعرف عليها من خلال الزيارات المنزلية التي يقوم بها فريق الطوارئ الذي كان الباحث أحد أعضائه في ذلك الوقت والتابع لبرنامج غزة للصحة النفسية ، وتتم الزيارات للمتضررين نتيجة العدوان الصهيوني على قطاع غزة ، وعندما طلبت من والد شادي إحضاره للعيادة لبدء العلاج هناك لتوفر المكان المناسب ، رفض بشدة مُعللاً رفضه أنه لا يريد أن يراهم أحد في العيادة النفسية حتى لا يُقال أن في الأسرة مريضاً نفسياً خوفاً على مستقبل ابنته من عدم الزواج.

الأمراض النفسية أمراض شائعة تصيبنا جميعاً ، إن لم نكن نحن بشكل مباشر ، يصاب بها الأصدقاء أو أفراد الأسرة أو زملاء العمل ، المشاكل النفسية هي الآن تتضمن واحداً من كل أربعة استشارات لمراكز الرعاية الأولية مما يجعل الاستشارات النفسية في المرتبة الثانية بعد التهابات التنفس ، الاكتئاب هو ثالث الظواهر شيوعاً في الاستشارة في المملكة المتحدة ، بينما يعاني معظم الناس من مشاكل نفسية بسيطة ويتعافون بسرعة ، جزء مهم يعاني من حالات نفسية مزمنة ، والتي تسبب إعاقة قوية أو متوسطة (منظمة الصحة العالمية ، ترجمة أبوسعدة ، ٢٠٠٨ : ١٣) .

وبصفه عامه إن وجود مريض نفسي في البيت يؤثر على العائلة كلها حتى إن كان جد أو جدة أو من الأعمام أو العمات. وإنْ مرض أحد أفراد العائلة لمده طويلة أو قصيرة لا شك أن يؤثر عليها ، إن المرض العضوي معروف وظاهر في أعراضه ومن المعتاد التعامل معه ، ولكن المرض النفسي كثيراً ما لا يُفهم على أنه مرض كسائر الأمراض. (Kaplan and Sadock, 1995 : 362)

ولأن المرض النفسي غالبا ما يظهر في شكل سلوكيات وانفعالات شاذة وتكون في بدايتها غالباً مع أفراد الأسرة ، فذلك من المحتم أن يؤدي إلى ردود أفعال سلبيه وعكسية منهم ، وقد يولد غضب وإحباط وأيضاً إحساس بالكراهية أو أي أحاسيس سلبيه أخرى ؛ مما يؤدى إلى تعكير حياة جميع أفراد الأسرة .

المرض النفسي يؤثر على سلوك المريض نفسه ، ولا شك يؤثر ذلك على مشاعر وسلوك الآخرين في الأسرة تجاه الفرد المريض وتجاه بعضهم بعضا ، فالأبناء يحاكون والديهم في

تصرفاتهم ، فإذا كان الأب عنيفا فقد يصبح العنف وسيله للتعامل والتخاطب في الأسرة وخاصة إذا كان من الأب والأم أو بينهما. (Tsang, H. W. H. et. al. 2003).

ووجود مريض نفسي في الأسرة قد ينتج عنه انفعالات مختلفة ، فيحدث ضغطا نفسيا ومعنويا على الأسرة كلها ، وعلى كل العلاقات بها ؛ مما يؤثر على كل العلاقات داخل الأسرة ، وقد يستنزف المريض موارد الأسرة المادية ، وطاقاتها النفسية والمعنوية ؛ مما يحرم الباقين مما يحتاجونه من اهتمام ورعاية ، واحتياجات ماديه ، وقد يؤدي وجود هذا المريض في الأسرة إلى حاله من التوتر والقلق والترقب ، الذي يشكل حملا وضغطا نفسياً على جميع أفراد الأسرة ، وقد يؤدي وجود مريض نفسي يعاني من مرضه بشكل شديد ، لا يُعالج أو لا يستجيب للعلاج إلى انعزال الأسرة وأفرادها عن المجتمع ، فالأسرة قد تتحرج من دعوة الأقارب والأصدقاء أو الاستجابة لدعواتهم في المناسبات العائلية والاجتماعية خوفا من حدوث مواقف قد تسبب حرجا للأسرة أو أحد أفرادها.(الطراونة وآخرون ، ٢٠٠١)

وإذا جئنا إلى مفهوم المرض النفسي ، فيصعب أن نجد مفهوماً متفقاً عليه من قبل جميع علماء النفس ، وذلك لكثرة الآراء المطروحة حوله ، إلا أن دليل تصنيف الاضطرابات النفسية لجمعية الطب النفسي تعرفه على أنه " أي اختلال في الوظائف النفسية عند الفرد ، يظهر على شكل أعراض نفسية وانفعالية وسلوكية أو مجتمعة معاً . بحيث تؤثر على شخصية الفرد وتكيفه في الحياة " ، ويعتمد دليل الأمراض النفسية الأمريكي في تشخيصه للمرض النفسي منحى المحاور (Axes) ، ويضم خمسة محاور ، يتضمن كل منها نوعاً مختلفاً من المعلومات حول المرض النفسي موضع التشخيص ، يتضمن المحور الأول جميع الأمراض النفسية ماعدا اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي ، ويتضمن المحور الثاني اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي ، أما المحور الثالث فيتضمن الأمراض الجسمية أو العضوية ، والمحور الرابع يتضمن عوامل الضغوط النفسية والاجتماعية والبيئية ، وأما المحور الخامس والأخير فيتضمن مقياس رقمي ، به يقوم المعالج بتقييم الأعراض الموجودة لدى المريض حسب جدول معين يوضح كل مجموعة أعراض بما يقابلها من (٠ حتى ١٠٠). (American psychiatry association, 1995).

ويُعبر المرض النفسي عن مفهوم لجانب من السلوك يتعارض مع ما نطلق عليه سلوكاً سليماً ، أو عادياً أو ناضجاً ، والمرض النفسي لا يحقق الرضا والتقبل للشخص ، أو لمن حوله أو لكليهما معاً ، ويؤدي المرض النفسي إلى إثارة اضطرابات شاملة في سلوك الإنسان قد تشمل

حالته الانفعالية ، أو تفكيره ، أو سلوكه الاجتماعي ، أو وظائفه العضوية والجسمية ، أو كل هذه الأشياء مجتمعة في وقت واحد . (إبراهيم ، ١٩٨٠ : ٥٠)

ومن المعروف والواضح لدى علماء علم النفس الاجتماعي أن سلوك الأفراد نحو موضوع معين يتأثر بتوجههم نحو هذا الموضوع ، وبذلك يمكن اعتبار دراسة الاتجاهات من الدراسات المهمة من أجل التيقن بالمكانة الاجتماعية والتربوية والصحية المهمة والبارزة في موضوع الأمراض النفسية ، حيث تشير الدراسات إلى تغير النموذج الطبي التقليدي (Traditional medical model) في دراسة المرضى النفسيين إلى نموذج آخر هو نموذج الصحة العامة من الطب النفسي (Public health psychiatry) ، من حيث النظر إلى المريض النفسي على أنه يعيش في مناخ يجب الاهتمام به ودراسة اتجاهاته واتجاهات الآخرين المحيطين به (خليفة ، ١٩٨٩ : ١٠٣).

وتكمن مشكلة وأهمية الدراسة الراهنة في التعرف على اتجاهات من لهم علاقة مباشرة بالمرضى النفسيين كالآباء والأمهات والأخوة والأخوات ، وقد حظي موضوع الاتجاهات باهتمام علماء علم النفس الاجتماعي منذ وقت مبكر ، فيُعد موضوع الاتجاهات منذ بداية النصف الأول من القرن العشرين كواحد من الموضوعات الرئيسية في علم النفس الاجتماعي ، وعلى الرغم من كل هذا الاهتمام بدراسات موضوع الاتجاهات نحو قضايا وموضوعات مختلفة (سياسية ، اجتماعية ، اقتصادية) فإنه لم يمتد إلى دراسة هذه الاتجاهات نحو فئة محددة من الأفراد هي فئة ذوي المرضى النفسيين ، فلم تحظ دراسة اتجاهات ذوي المرضى النفسيين نحو المرض النفسي بالاهتمام الكاف على الرغم من الأهمية القصوى لمثل هذه الدراسات ، وتبصراً بكل هذا .. كان الدافع أو السعي لإجراء الدراسة الحالية.

مشكلة الدراسة:

المرض النفسي يسبب ألماً فظيعاً لصاحبه ولأسرته ، وبقدر ما تتأثر الأسرة بمريضها النفسي فإنها أيضاً تؤثر في مسار المرض ونتائج العلاج ، وبناء على ما سبق تتحدد و تتبلور مشكلة الدراسة الحالية وتقتضي الإجابة على التساؤلات التالية:

١. ما طبيعة الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين؟
٢. ما مستوى التدين لدى ذوي المرضى النفسيين؟
٣. هل توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين ومستوى التدين؟

٤. هل توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين والعمر؟
٥. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين تعزى للجنس (ذكر ، أنثى)؟
٦. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين تعزى للمستوى التعليمي (لم يتعلم ، إبتدائي ، إعدادي ، ثانوي ، دبلوم ، جامعي وما فوق) ؟
٧. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين تعزى لمكان السكن (مدينة ، معسكر ، قرية)؟
٨. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين تعزى لدخل الفرد الشهري (أقل من ١٢٠٠ شيكل ، من ١٢٠١ – ٢٥٠٠ شيكل ، من ٢٥٠١ – ٣٥٠٠ شيكل ، ٣٥٠١ شيكل وما فوق)؟

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق ما يلي :

١. استطلاع وفهم اتجاهات أفراد المجتمع الفلسطيني من ذوي المرضى النفسيين نحو المرض النفسي.
٢. معرفة مستوى التدين لدى ذوي المرضى النفسيين.
٣. التوصل إلى معرفة العلاقة بين الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين ومستوى التدين.
٤. معرفة العلاقة بين الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين وأعمارهم.
٥. معرفة ما إذا كان الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين يتأثر بنوع الجنس (ذكر ، أنثى).
٦. تحديد ما إذا كان الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين يتأثر بالمستوى التعليمي (لم يتعلم ، إبتدائي ، إعدادي ، ثانوي ، دبلوم ، جامعي وما فوق).
٧. تحديد ما إذا كان الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين يتأثر بمكان السكن (مدينة ، معسكر ، قرية).
٨. الكشف عن ما إذا كان الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين يتأثر بالدخل الشهري للفرد (أقل من ١٢٠٠ شيكل ، من ١٢٠١ – ٢٥٠٠ شيكل ، من ٢٥٠١ – ٣٥٠٠ شيكل ، ٣٥٠١ شيكل وما فوق) .

أهمية الدراسة:

يُعد موضوع الاتجاهات من الموضوعات الهامة والجديرة بالدراسة والبحث وخاصة إذا كانت هذه الدراسة تتناول الاتجاهات نحو المرض النفسي ، وفي ضوء ما سبق تتحدد أهمية الدراسة الحالية فيما يلي:

١. فهم اتجاهات أفراد المجتمع الفلسطيني نحو المرض النفسي خاصة ذوي المرضى النفسيين ، وأفراد المجتمع المحيطين بالمريض النفسي والذين يتعاملون يوميا معه .
٢. قد يستفيد من هذه الدراسة العاملون في مجال الصحة النفسية والعلاج النفسي.
٣. يمكن أن تُفيد المسئولين في التعليم و الصحة لتعديل أو تغيير الاتجاهات السلبية تجاه المرض النفسي وتعزيز الاتجاهات الايجابية .
٤. قد تفيد الباحثين في مجال الصحة النفسية بتوفير أداة مناسبة-للمجتمع الفلسطيني- لدراسة الاتجاهات السائدة في المجتمع حيال المرض النفسي.
٥. تنبثق أهمية الدراسة الحالية من إثرائها للمكتبة النفسية لموضوعات في حاجة للبحث والدراسة .

فرضيات الدراسة:

تتحدد مشكلة البحث في اختبار صحة الفرضيات التالية:

١. لا توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين ومستوى تدينهم.
٢. لا توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين والعمر.
٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين تعزى لنوع الجنس (ذكر ، أنثى).
٤. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين تعزى للمستوى التعليمي (لم يتعلم ، إبتدائي ، إعدادي ، ثانوي ، دبلوم ، جامعي وما فوق).
٥. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين تعزى لمكان السكن (مدينة ، قرية ، معسكر).
٦. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين تعزى لمتغير دخل الأسرة الشهري (أقل من ١٢٠٠ شيكل ، من ١٢٠١ – ٢٥٠٠ شيكل ، من ٢٥٠١ – ٣٥٠٠ شيكل ، ٣٥٠١ شيكل وما فوق).

مصطلحات الدراسة:

الاتجاه:

تعددت تعريفات الاتجاه حتى إنها تحصى بالعشرات الأمر الذي استدعى تصنيفها لا عرضها ، وأحدث محاولات التصنيف هذه ما قدمه اروين "Erwin" (٢٠٠١) إذ تندرج تعريفات الاتجاه ضمن إحدى فئتين:

الأولى: تعريفات تتعامل مع الاتجاه بوصفه غير بعدي مركزة عليه كاستجابة انفعالية مثل تعريف كل من ثرستون (في ثلاثينات القرن العشرين) و فيشباين (١٩٧٤).

الثانية: التي تتعامل معه بوصفه متعدد المكونات الوجدان-والمعرفة-والسلوك، لكل منها (إسهامها المتساوي تقريبا) في ترسيخ الاتجاه، ويمثلها تعريف ألبورت (١٩٣٥).

القاسم المشترك بين الفئتين هو الاعتراف - بدرجة تزيد أو تنقص – بأهمية الوجدان، تليه المعرفة، ثم ضروب السلوك وفق عدد من النظريات الحديثة في المجال .

(السيد وآخرون ، ٢٠٠٣ : ٤٦)

ويشير السيد وعبد الرحمن إلى تعريف الاتجاه كما عرفه ثريستون بأنه "تعميم لاستجابات الفرد تعميما يدفع بسلوكه بعيدا أو قريبا من مدرك معين" .

(السيد وعبدالرحمن ، ١٩٩٩ : ٢٥١)

وأما العيسوي فيشير إلى تعريف الاتجاه كما حدده ألبورت بأنه "حالة من التهيؤ والتأهب العقلي العصبي التي تنظمها الخبرة وتوجه استجابات الفرد نحو عناصر البيئة ، حالة التأهب قد تكون قصيرة المدى أو قد تكون بعيدة المدى من حيث الناحية الزمنية" .

(العيسوي ، ٢٠٠٤ : ١٧٣)

ويُعرف الباحث الإتجاه بأنه "عبارة عن مجموعة من الإدراكات والمشاعر والمعتقدات حول موضوع ما ، توجه سلوك الفرد وتحدد رأيه وإحساسه وموقفه من ذلك الموضوع (ايجابي أو سلبي)".

وبالتالي فإن الاتجاه يمثل درجة الشعور الايجابي أو السلبي المرتبطة بذلك الموضوع.

ويُقصد هنا بالموضوعات أي رمز أو نداء أو قضية أو شخص أو مؤسسة، أو مثال أو فكرة أو غير ذلك، مما يختلف حوله الناس، فالاتجاه لا يكون إزاء الحقائق الثابتة المقررة وإنما هو دائما تجاه الموضوعات التي يمكن أن تكون موضوعات جدلية، فالأمور التي تعتبر حقائق ثابتة لا

يختلف حولها الناس لا يمكن أن تكون موضوعاً للاتجاه (الأرض كروية أو أن الشمس تشرق من الشرق).

الاتجاه نحو المرض النفسي:

هو استعداد مكتسب أو متعلم يتكون عند الفرد نتيجة لعوامل مختلفة يتعرض لها في حياته ويوجه استجاباته إيجابا أو سلباً نحو المرض النفسي أو المريض النفسي ، ويقاس باستخدام الأداة المعدة لتحقيق غايات هذه الدراسة.

المرض النفسي:

الريماوي يُعرف المرض النفسي بأنه "يتميز بتغير التفكير أو المزاج أو العواطف ، أو السلوك ، وعلى أن يكون هذا التغير شديداً ، وأدى إلى عدم الارتياح والمعاناة لدى الشخص أو أثر على أدائه" . (الريماوي وآخرون ، ٢٠٠٦ : ٦٢٥)

أما جمعية الطب النفسي الأمريكية فتُعرف المرض النفسي بأنه "اضطراب وظيفي في الشخصية أو تغير في السلوك ، ويُصاحب بتوتر وألم وعدم القدرة والعجز وخطر متزايد يؤدي إلى الموت ، وهذا الخلل أو التغير يُرفض ثقافياً ، ويعوق الفرد عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه" .(American psychiatric association, 1995)

المريض النفسي:

هو الشخص الذي يشكو من تغير ، أو يشتكي من حوله ، منه بحيث أن تصرفاته إما تُسئ إليهم ، أو تُشكل تهديد لأمنهم ، ولذلك ترى عدة مفاهيم للمرض من الشاكي نفسه ، أو من حوله أو من المجتمع . (سمور ، ٢٠٠٦ : ٥٦)

ويعرف الباحث المريض النفسي بأنه "الشخص الذي يأتي بقصد العلاج إلى عيادات برنامج غزة للصحة النفسية ويتم عمل ملف له يتضمن شكواه ، وملاحظات المعالج ، والخطة العلاجية".

التديـــن:

صاحب التدين نشأة الإنسان ، ما من حضارة إنسانية رُصدت دون تعبيرات عن مشاعر كامنة وتطلعات نحو (سر ما) سر سيؤثر في الكون وفي الإنسان ، يمنح الرضا والغبطة ، ويمنع الشر والألم ، وفيما يلي بعض تعريفات التدين:

يُعرف الصنيع (٢٠٠٢ : ١٤٩) التدين بأنه "التزام المسلم بعقيدة الإيمان الصحيح (الإيمان بالله وملائكته وكتبه ورسله واليوم الآخر وبالقدر خيره وشره) ، وظهور ذلك على سلوكه بممارسة ما أمره الله به والانتهاء عن إتيان ما نهى الله عنه" .

أما الزحيلي فقد عرّف التدين بأنه "الطريقة أو المذهب الذي يسير عليه المرء نظرياً وعملياً ، وهو المنهج الذي يتبعه في حياته ، وفي علاقته مع غيره ، وفي عبادته لربه ، وفي خضوعه لله تعالى" . (الزحيلي ، ١٩٩٢ : ٣)

ويُعرف الباحث التدين بأنه "الإيمان بالله وتوحيده عز وجل ومعرفة أسمائه وصفاته ، وممارسة العبادات والتنويع فيها ، وإقامة الصلوات والمحافظة عليها في أوقاتها المحددة شرعاً بشروطها ثم النوافل والرواتب ، وتلاوة القرآن الكريم والاستماع إليه ، ومعرفة معاني آيات القرآن الكريم ، والمحافظة على الأوراد والأذكار في الصباح والمساء وفي المناسبات المختلفة التي جعل فيها الشارع أذكاراً ، والصُحبة الطيبة" . ويقاس باستخدام الأداة المعدة لذلك.

حدود الدراســـة:

تقتصر حدود الدراسة الحالية على فهم ومعرفة الاتجاه نحو المرض النفسي لدى الأفراد من ذوي المرضى النفسيين ، وأيضا دراسة العلاقة بين هذه الاتجاهات وبعض المتغيرات مثل التدين ، والعُمر ، الجنس ، ومستوى التعليم ، ومكان السكن ، ومستوى الدخل الشهري .

وأجريت هذه الدراسة على ذوي المرضى النفسيين (الأب أو الأم أو الأخ أو الأخت أو الزوج أو الزوجة أو أحد الأبناء) في عيادات برنامج غزة للصحة النفسية والتي تعالج المرضى النفسيين من جميع محافظات قطاع غزة وتلك العيادات هي عيادة غزة ، وعيادة دير البلح ، وعيادة خانيونس في العام ٢٠٠٧ – ٢٠٠٨ ميلادي.

الفصل الثاني

الإطار النظري

- المبحث الأول: الاتجاه نحو المرض النفسي
- المبحث الثاني: الأمراض النفسية

المبحث الأول: الاتجـــاهات

مقدمة:

إن مصطلح (الاتجاهات) ترجمة عربية لمصطلح (Attitudes) في اللغة الإنجليزية ، وكان الفيلسوف الإنجليزي هربرت سبنسر (H. Sepencer) أول من استخدمه عام ١٨٦٢ في كتابه المسمى (المبادئ الأولى) حين قال : " إن وصولنا إلى أحكام صحيحة في مسائل مثيرة لكثير من الجدل ، يعتمد إلى حد كبير على اتجاهنا الذهني ونحن نصغي إلى هذا الجدل أو نشارك فيه ".

ويقول ألبورت (G. W. Allport) ، في بحثه عن (الاتجاهات النفسية) عام ١٩٣٥ : " يمكن القول أن مفهوم الاتجاه أبرز المفاهيم وأكثرها إلزاما في علم النفس الاجتماعي . وليس ثمة اصطلاح واحد يفوقه في عدد المرات التي استخدم فيها في الدراسات التجريبية " (مرعي وبلقيس ، ١٩٨٤ : ١٤٥).

ولكل منا اتجاهات توجه سلوكه في مواقف معينة سواء كانت هذه المواقف متصلة بأمور دينه أو عمله أو طرق تعامله مع الناس أو نشاطه أو نظرته إلى فرد أو مؤسسة أو أمة أو جماعة من الناس ، أو تشيعه لمذهب من المذاهب أو لفكرة مجردة مثل التسامح ، أو سلوك معين مثل التدخين . بل إن كلا منا يتسم باتجاهات نحو ذاته ، فقد يمجد الفرد نفسه أو يحقرها ، أو يتفق تقديره لنفسه مع تقدير الناس له . وإذا كان الاتجاه مع العوامل الخارجية في البيئة ، يحدد الأسلوب الذي يدرك به الشخص العالم أو يستجيب له ، فانه تتضح لنا الأهمية القصوى لمفهوم الاتجاه (مليكة ، ١٩٨٩ : ٣٩-٤٠).

وسيتناول الباحث في هذا المبحث مفهوم الاتجاهات وأهميتها ومكوناتها وأنواعها ووظائفها وطرق اكتسابها وطرق قياسها وطرق تغييرها وعلاقتها بكل من السلوك والثقافة.

١- مفهوم الاتجاه في ميداني اللغة والاصطلاح:

أولاً/ الاتجاه لغويا:

١. اتجه (اتجاها) قصد ، توجه ، اتخذ وجهة له. (رشاد الدين ، ٢٠٠٠ : ٢٣)
٢. واتْجَهَ له رأيٌ أي سَنَحَ " وأيضاً " تَجَهْتُ إليك أَتْجَهُ أي توجهتُ (ابن منظور ، ١٩٨٨ : ٨٨٤)
٣. وأيضاً "توجه إليه أي أقبل وقصد". (البستاني ،١٩٨٠ : ٦٩٤)

ثانياً/ الاتجاه اصطلاحا:

يُعرف كريك Kreak الاتجاه بأنه "نظام دائم من التقييمات الايجابية والسلبية والانفعالات والمشاعر وهو نزوع نحو الموافقة أو عدم الموافقة".

ويجد الباحث أن كريك يُعرف الاتجاه بأنه حصيلة تقييمات الفرد الايجابية والسلبية نحو موضوع معين .

أما نيوكمب Newcomb فيُعرف الاتجاه من وجهتي نظر معرفية ودافعية " يمثل الاتجاه من وجهة النظر المعرفية ، تنظيماً لمعارف ذات ارتباطات موجبة أو سالبة (أي تصاحبها ارتباطات أو تداعيات موجبة أو سالبة)، أما من وجهة النظر الدافعية فالاتجاه يمثل حالة من الاستعداد لاستثارة الدافع ، فاتجاه المرء نحو موضوع معين هو استعداده فيما يتصل بالموضوع".

وهنا يرى الباحث أن نيوكمب عرف الاتجاه من وجهة النظر المعرفية بأنه قنطرة معرفية بين معارف الفرد وبين سلوكه وتفاعله مع عناصر البيئة ، أما من وجهة النظر الدافعية فيمكن التعرف على اتجاه الفرد من أنماط سلوكه وردود أفعاله.

ثم يُعرف ميشيل أرجايل الاتجاه بأنه "الميل إلى الشعور أو السلوك أو التفكير بطريقة محددة إزاء الناس الآخرين أو منظمات أو موضوعات أو رموز.

أما جودت بني جابر فانه يصف الاتجاه بأنه "استعداد نفسي أو تهيئ عقلي عصبي متعلم يؤهل الفرد للاستجابة بأنماط سلوكية محددة (موجبة أو سالبة) نحو أشخاص أو أفكار أو حوادث أو أشياء أو رموز معينة في البيئة التي تستثير هذه الاستجابة" (بني جابر ، ٢٠٠٤ : ٢٦٦-٢٦٧).

ويُعرف زهران (٢٠٠٣ : ١٧٢) الاتجاه بأنه "تكوين فرضي أو متغير كامن أو متوسط (يقع فيما بين المثير والاستجابة) وهو عبارة عن استعداد نفسي أو تهيؤ عقلي عصبي متعلم للاستجابة الموجبة أو السالبة (القبول أو الرفض) نحو أشخاص أو أشياء أو موضوعات أو مواقف (جدلية) في البيئة التي تستثير هذه الاستجابة".

أما سعد عبد الرحمن فإنه يرى أن الاتجاه هو"تركيب عقلي نفسي أحدثته الخبرة الحادة المتكررة ويمتاز بالثبات والاستقرار النسبي" (الجبالي ، ٢٠٠٣ : ٢٣٦).

ويُعرف ثرستون الاتجاه بأنه "تعميم لاستجابات الفرد تعميما يدفع بسلوكه بعيدا أو قريبا من مدرك معين" (السيد و عبدالرحمن ، ١٩٩٩: ٢٥١).

ويصف موغادام Moghaddam الاتجاه بأنه "تقييم الذات والناس الآخرين والأحداث والقضايا والأشياء المادية بدرجة من الانحياز مع أو ضد" (Moghaddam , 1998 : 100)

وتُعرف زينب شقير الاتجاه بأنه "حالة وجدانية لدى الفرد وتوضح درجة قبوله أو رفضه لموضوع معين (موضوع الاتجاه) ، ينتج عن خبرات سابقة لدى الفرد تتعلق بموضوع الاتجاه وخاصة معتقداته ومعارفه تجاه هذا الموضوع وما واجه الفرد من ثواب أو عقاب ، وتدفع هذه الحالة الفرد إلى إصدار سلوك ايجابي نحو الموضوع أو سلوك سلبي ضد الموضوع ذاته".(شقير ، ١٩٩٤ : ١٢٦).

أما أحمد عزت راجح فيقول أن الاتجاه عبارة عن " استعداد وجداني مكتسب ، ثابت نسبياً يحدد شعور الفرد وسلوكه إزاء موضوعات معينة من حيث تفضيلها أو عدم تفضيلها (راجح ، ١٩٧٩ : ١٢١).

ويذكر مراد وهبة تعريفا للاتجاه في المعجم الفلسفي أن الاتجاه هو "تنظيم ثابت لعمليات إدراكية وانفعالية وتكيفيه يتركز حول موضوع ما ويجعل الشخص يسلك إزاء هذا الموضوع سلوكاً متسقاً وقد تكون الاتجاهات إيجابية أو سلبية ، حب أو كراهية ، استحسان أو استنكار ، تسامح أو غضب ، تعاون أو تنافس". (وهبة ، ١٩٧٩ :٢-٣)

ويُعرف الباحث الاتجاه بأنه "عبارة عن مجموعة من الإدراكات والمشاعر والمعتقدات حول موضوع ما ، توجه سلوك الفرد وتحدد رأيه وإحساسه وموقفه من ذلك الموضوع (ايجابي أو سلبي)".

٢- أهمية دراسة الاتجاهات:

اكتسب مفهوم الاتجاه قيمة كبيرة في ميدان البحوث النفسية الاجتماعية، بوصفه وسيلة للتنبؤ بسلوك الأفراد ، أي تتم الاستعانة به للكشف مسبقا عما يمكن أن يفعلوه في موقف بعينه ، لأن الاتجاه إذا لم يحدد السلوك فانه - على أقل تقدير - يعبر عن خاصية لأنماط سلوكية بعينها يستدل عليها من استجابات الفرد نحو موضوع الاتجاه كما يؤثر بدرجة كبيرة في التفكير الاجتماعي (السيد وآخرون ، ٢٠٠٣ : ٤٥) .

وتُمثل دراسة الاتجاهات مكوناً بارزاً في كثير من دراسات الشخصية ، وديناميات الجماعة ، وفي كثير من المجالات التطبيقية مثل : التربية ، والدعاية ، والصحافة ، والعلاقات العامة ، والإدارة ، والتدريب القيادي ، وحل الصراعات في مجالات العمل والصناعة ، وتنمية المجتمع ، وتعلم الكبار ، ومكافحة الأمية ، والإرشاد الزراعي ، والتثقيف الصحي ، والإرشاد الديني والقومي ، وتوجيه الرأي العام ، والدعاية التجارية ، والسياسة والتوعية السياسية ، ومكافحة التعصب العنصري ، والدعوة إلى التفاهم والسلم الدوليين ، وذلك فإن جوهر العمل في هذه المجالات هو دعم الاتجاهات الميسرة لتحقيق أهداف العمل فيها ، وإضعاف الاتجاهات المعوقة ، بل إن العلاج النفسي في احد معانيه هو محاولة لتغيير اتجاهات الفرد نحو ذاته ، ونحو الآخرين ، ونحو عالمه .

وإن تراكم الاتجاهات في ذهن المرء وزيادة اعتماده عليها تحد من حريته في التصرف ، وتصبح أنماطاً سلوكية روتينية متكررة دون تفكير سابق ، ومن ناحية أخرى فهي تجعل الانتظام في السلوك والاستقرار في أساليب التصرف أمراً ممكناً وميسراً للحياة الاجتماعية ، ومن هنا كانت دراسة الاتجاهات عنصراً أساسياً في تفسير السلوك الحالي والتنبؤ بالسلوك المستقبلي للفرد. (المحاميد ، ٢٠٠٣ : ١٨٨ و مرعي وبلقيس ، ١٩٨٤ : ١٥٢) .

٣- خصائص الاتجاهات:

١- الاتجاهات مكتسبة وليست وراثية.

٢- يعتمد الاتجاه على معرفة وخبرة الشخص.

٣- يعتمد الاتجاه على العمليات السيكولوجية للفرد مثل الحاجات والدوافع والحوافز والانفعال.

٤- الاتجاه استعداد للاستجابة أي هو سابق على السلوك.

٥- إن المعلومات والخبرات التي نكتسبها تحدد الارتباطات الموجبة أو السالبة نحو موضوع الاتجاه.

٦- الاتجاهات ثابتة نسبياً.

٧- الاتجاهات تتكون وترتبط بمثيرات ومواقف اجتماعية، ويشترك عدد من الأفراد أو الجماعات فيها.

٨- الاتجاهات تتعدد وتختلف حسب المثيرات التي ترتبط بها.

٩- الاتجاهات لا تتكون في فراغ ولكنها تتضمن دائما علاقة بين فرد وموضوع من موضوعات البيئة.

١٠- الاتجاهات لها خصائص انفعالية.

١١- الاتجاه تغلب عليه الذاتية أكثر من الموضوعية من حيث محتواه.

١٢- الاتجاه يقع دائما بين طرفين متقابلين احدهما موجب والآخر سالب هما التأييد المطلق والمعارضة المطلقة. (زهران ، ٢٠٠٣ : ١٧٤)

ويرى الباحثون الاجتماعيون أن الاتجاه يشبه خطا مستقيماً يمتد بين نقطتين إحداهما تمثل أقصى درجات القبول للموضوع الذي يرتبط بالاتجاه ، والأخرى تمثل أقصى درجات الرفض لهذا الموضوع والمسافة القائمة بينهما تنقسم إلى نصفين عند نقطة الحياد التام، ويتدرج أحد النصفين شيئاً فشيئاً نحو ازدياد القبول كلما ابتعدنا عن نقطة الحياد ويتدرج النصف الثاني نحو ازدياد الرفض كما هو موضح في الشكل (٢,١). (بني جابر ، ٢٠٠٤ : ٢٦٧)

+   –

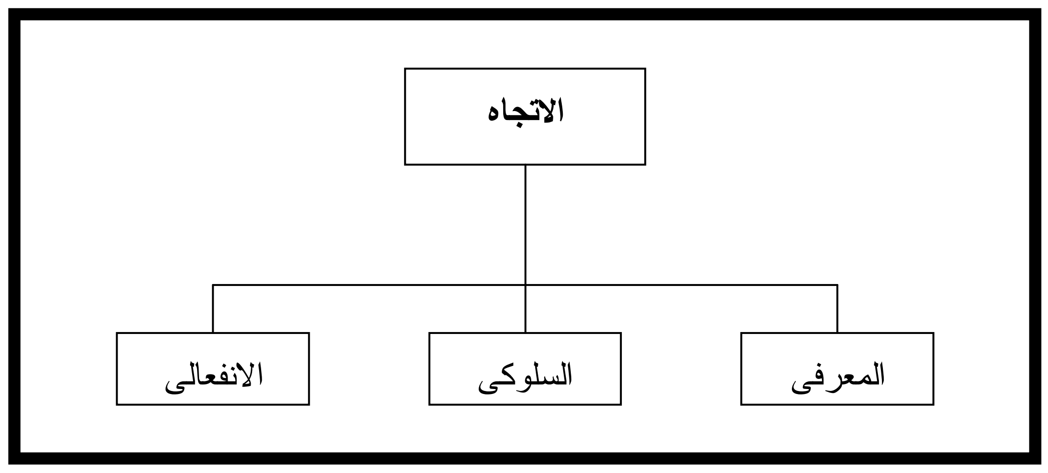
x________________________x________________________x

القبول التام   نحو القبول   <   الحياد   >   نحو الرفض   الرفض التام

الشكل (٢,١): خط مستقيم يوضح درجات القبول والرفض لموضوع معين

٤- مضامين الاتجاهات (مكونات الاتجاهات):

اتفقت الآراء على أن الاتجاه مكون من ثلاثة عناصر أساسية تتفاعل مع بعضها البعض من أجل إعطاء الشكل النهائي للاتجاه ، وهذه العناصر وإن كانت افتراضية نظرية فإن معظم الدراسات التجريبية التي أجريت وتجري في ميدان الاتجاهات حتى الآن تؤكد صحة هذه الافتراضات وفيما يلي عرض لهذه المضامين وكما في الشكل رقم (٢,٢) :



الشكل رقم (٢,٢): مضامين الاتجاه

أولا/ العقلية (المعرفية):

وهي المكونات التي تتراكم عند الفرد أثناء احتكاكه ، بعناصر البيئة ويمكن تقسيمها إلى:

١ــ المدركات والمفاهيم أي ما يدركه الفرد حسياً أو معنوياً .

٢ــ المعتقدات وهي مجموعة المفاهيم المتبلورة الثابتة في المحتوى النفسي للفرد .

٣ــ التوقعات وهي ما يمكن أن يتنبأ به الفرد بالنسبة للآخرين أو يتوقع حدوثه منهم .

إن المدركات السابقة وكذلك المعتقدات والتوقعات هي الأساس المعرفي للاتجاه المتكون عند الفرد بغض النظر عن كون الاتجاه موجباً أو سلباً .

والواقع أن التفكير الذي يبني على هذه الأبعاد الثلاثة لا بد أن يكون فيه جزء كبير من النمطية Stereotype بمعنى أن يكون هذا الجزء من التفكير منقولاً عن مركز القوة أو سيطرة في الجماعة.

ثانيا/ العاطفية (الانفعالية):

هي مجموع العواطف والمشاعر التي تظهر لدى صاحب الاتجاه في تعامله مع موضوع معين متعلق بالاتجاه، وهي تظهر مدى حبه لذلك الموضوع أو نفوره منه.

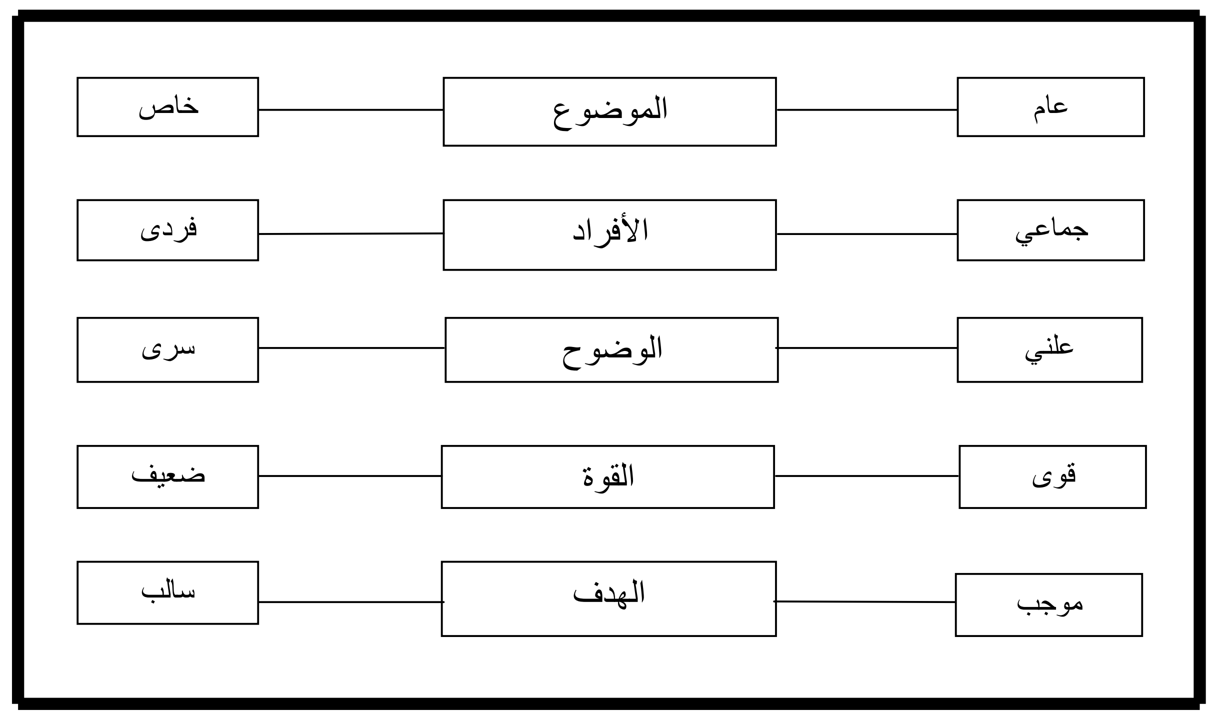
ثالثا/ الإجرائية (السلوكية):

يتمثل هذا المكون في نزوع أو ميل صاحب الاتجاه إلى القيام بأنماط من السلوك تتصل بموضوع الاتجاه، وذلك حين تدعو الحاجة إلى مثل ذلك الإجراء أو يتوافر الموقف أو المجال الذي يقع فيه الشخص وموضوع اتجاهه.

(Moghaddam , 1998 : 101 and Sears et al , 1991 : 137 - 138)

٥- أنواع الاتجاهات:

تصنف الاتجاهات على عدة أسس يوضحها الشكل (٢,٣):



الشكل (٢,٣): تصنيف الإتجاهات

أولاً/ على أساس الموضوع:

الاتجاه العام: هو الاتجاه الذي ينصب على الكليات وقد دلت الأبحاث التجريبية على وجود الاتجاهات العامة، فأثبتت أن الاتجاهات الحزبية السياسية تتسم بصفة العموم ، ويلاحظ أن الاتجاه العام هو أكثر شيوعاً واستقراراً من الاتجاه النوعي.

الاتجاه النوعي: هو الاتجاه الذي ينصب على جزء من تفاصيل الموضوع ، دون جزء آخر ، كالاتجاه الموجب نحو الشعر الأسود فقط ، وهنا الشعر جزء من الجسد.

ثانياً/ على أساس الأفراد:

الاتجاه الجماعي: هو الاتجاه المشترك بين عدد كبير من الناس، فإعجاب الناس بالأبطال اتجاه جماعي.

الاتجاه الفردي: هو الاتجاه الذي يميز فرداً عن آخر، فإعجاب الإنسان بصديق له اتجاه فردي.

ثالثاً/ على أساس الوضوح:

الاتجاه العلني: هو الاتجاه الذي لا يجد الفرد حرجاً في إظهاره والتحدث عنه أمام الآخرين.

الاتجاه السري:هو الاتجاه الذي يحاول الفرد إخفائه عن الآخرين ويحتفظ به في قرارة نفسه بل ينكره أحياناً حين يسأل عنه.

رابعاً/ على أساس القوة:

الاتجاه القوي: يبدو الاتجاه القوي في موقف الفرد من هدف الاتجاه موقفاً حاداً لا رفق فيه ولا هوادة ، فالذي يرى المنكر فيغضب ويثور ويحاول تحطيمه إنما يفعل ذلك لأن لديه اتجاهاً قوياً.

الاتجاه الضعيف: هذا النوع من الاتجاه يتمثل في الذي يقف من هدف الاتجاه موقفاً ضعيفاً رخواً خانعاً مستسلماً ، فهو يفعل ذلك لأنه لا يشعر بشدة الاتجاه كما يشعر بها الفرد في الاتجاه القوي.

خامساً/ على أساس الهدف:

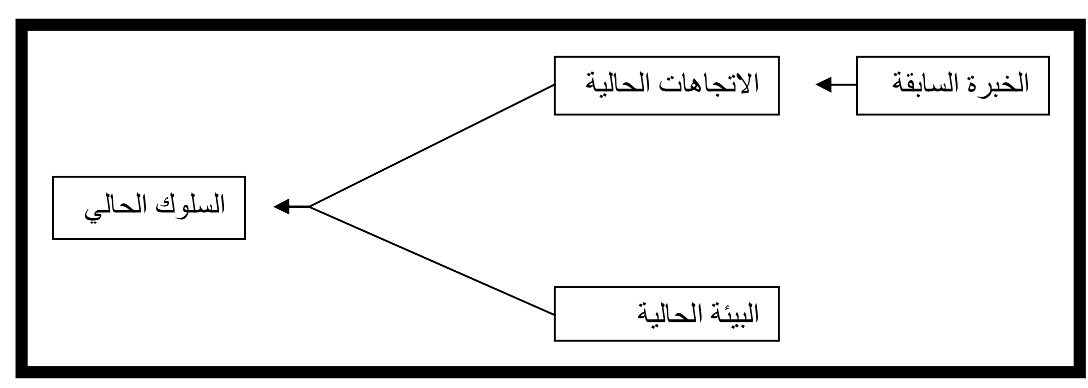
الاتجاه الموجب: هو الاتجاه الذي ينحو بالفرد نحو شيء ما (أي إيجابي).

الاتجاه السلبي: هو الاتجاه الذي يجنح بالفرد بعيداً عن شيء آخر(أي سلبي). (عويضة ، ١٩٩٦ : ١١٦ – ١١٩)

٦- وظائف الاتجاهات:

كل فرد من الأفراد له اتجاهات يتمسك بها وذلك لما تقوم به هذه الاتجاهات من أدوار ويمكن إجمال أهم وظائف الاتجاهات فيما يلي:

١- الاتجاه يحدد طريق السلوك ويوضح ذلك الشكل (٢,٤):



الشكل (٢,٤): الاتجاه يحدد طريق السلوك

٢- الاتجاه ينظم العمليات الدافعية والانفعالية والإدراكية والمعرفية حول بعض النواحي الموجودة في المجال الذي يعيش فيه الفرد.

٣- الاتجاهات تنعكس في سلوك الفرد ، وفي أقواله وأفعاله وتفاعله مع الآخرين في الجماعات المختلفة في الثقافة التي يعيش فيها.

٤- الاتجاهات تيسر للفرد القدرة على السلوك واتخاذ القرارات في المواقف النفسية المتعددة في شيء من الاتساق والتوحيد دون تردد أو تفكير في كل موقف في كل مرة تفكيراً مستقلاً.

٥- الاتجاهات تبلور وتوضح صورة العلاقة بين الفرد وبين عالمه الاجتماعي.

٦- الاتجاه يوجه استجابات الفرد للأشخاص وللأشياء والموضوعات بطريقة تكاد تكون ثابتة.
٧- الاتجاهات المعلنة تعبر عن مسايرة الفرد لما يسود مجتمعه من معايير وقيم ومعتقدات.
(زهران ، ٢٠٠٣ : ١٧٥ – ١٧٦)

٧- تكـــوين الاتجاهات:

إن عملية تكون أو اكتساب الاتجاهات النفسية هي عملية دينامية، أو هي محصلة عمليات تفاعل معقدة بين الفرد وبين معالـــم بيئتـــه الفيزيقيـــة و الاجتماعية ، بحيث يمكن عبر القنوات المتعددة لهذا التفاعل ، امتصاص واكتساب الاتجاهات.
http://www.minshawi.com/other/nedjma.htm

ويقول الداهري هناك طرق كثيرة يكتسب بها الفرد اتجاهاته وكل اتجاه يكتسبه الفرد تحدده أمور ثلاثة :

١- تقبل المعايير الاجتماعية دون نقد ويكون ذلك عن طريق الإيحاء.
٢- تعميم الخبرات الشخصية.
٣- الخبرات الانفعالية الشديدة.

أما عن العامل الأول وهو الإيحاء فيعتبر من أكثر تلك العوامل شيوعاً ، ذلك أنه كثيراً ما يقبل الفرد اتجاهاً ما دون أن يكون له أي اتصال مباشر بالأشياء أو الموضوعات المتصلة بهذا الاتجاه .

أما الوسيلة الثانية التي يكتسب الفرد عن طريقها اتجاهاته وآراؤه ، فهي تعميم الخبرات ، فنحن دائماً نستعين بخبراتنا الماضية ونعمل على ربطها بحياتنا الحاضرة.
أما الوسيلة الثالثة التي يكتسب بها الفرد اتجاهاً ما فهي التي تكون عن طريق بعض المواقف ذات الأثر الشديد أو التعديل في الديانة من دين إلى آخر بسبب الحالة الانفعالية الشديدة التي يتعرض لها الفرد فقصة اليهودي الذي انفجرت مرافقه الصحية على جاره المسلم وصبر المسلم لذلك فلما اطلع اليهودي على الحالة أسلم (الداهري ، ٢٠٠٨ :١١٩-١٢١).

ويقول العيسوي إن الاتجاهات تتكون عند الفرد خلال كل أو بعض هذه العوامل:

١- الخبرات المتصلة بتربية الطفل وخاصة الست سنوات الأولى والخبرات الخاصة بعلاقة الطفل بالوالدين.
٢- الاتصال بالأفراد الآخرين أو الجماعات الأخرى التي التقى أو يلتقي الطفل بها بعد سن الطفولة المبكرة.

٣- الثقافة العامة السائدة في المجتمع الذي يعيش فيه ، وما تحتويه من عادات وتقاليد وقيم وفلسفات وأعراف ومعايير ، وفلسفة الحياة أو أسلوب الحياة السائدة ، ولاشك أن الأسرة تسعى في سنوات الطفل الأولى إلى نقل معالم الثقافة إليه.

والواقع أن موضوع الثقافة كان من الموضوعات الهامة التي اهتم بها علم الانثروبولوجيا من أمثال مارجريت مد Margaret Mead ورث بندكت Ruth Benedict الذين درسوا المجتمعات البدائية أو الحضارات البدائية ووضحت دراساتهم أن الطبيعة الإنسانية تتغير تغيرا كبيرا تبعا لتغير الظروف الحضارية وتبعا لاختلاف الثقافات تختلف المعايير والقيم فالاتجاه الذي يُعد عاديا وسويا ومقبولا اجتماعيا في إطار ثقافة معينة قد يُعد شذوذا في ثقافة أخرى (العيسوى ، ٢٠٠٤ : ١٧٥-١٧٦)

ويشير عويضة إلى أن الاتجاه يتكون عند الفرد وينمو ويتطور من خلال تفاعل هذا الفرد مع بيئته بعناصرها ومقوماتها وأصولها ، وعندما يكون الاتجاه ناشئاً بهذه الطريقة يمر أثناء تكوينه بمراحل ثلاث هي:

١- المرحلة الإدراكية المعرفية .

٢- المرحلة التقييمية.

٣- المرحلة التقريرية.

أما المرحلة الأولى فهي المرحلة التي يدرك فيها الفرد مثيرات البيئة ويتعرف إليها ويتكون لديه رصيد من الخبرة والمعلومات ، يكون بمنزلة إطار مرجعي أو معرفي لهذه المثيرات.

أما المرحلة الثانية فهي المرحلة التي يقيم فيها الفرد نتائج تفاعله مع المثيرات ويكون التقييم مستنداً إلى ذلك الإطار المعرفي الذي كونه الفرد لهذه المثيرات بالإضافة إلى عدة إطارات أخرى منها ما هو ذاتي غير موضوعي فيه الكثير من الأحاسيس والمشاعر التي تتصل بهذا المثير أما المرحلة الأخيرة وهي التي يصدر فيها الفرد القرار على نوعية علاقته بهذه العناصر فإذا كان القرار سالباً كان العكس بطبيعة الحال.

وقد يتكون الاتجاه عن طريق التلقين نقل الخبرة بصورة غير مباشرة إلى الفرد مثل القصص التي تحكيها الأم لأبنائها عن شعب من الشعوب فيتكون لدى الأطفال نوع خاص من الاتجاه نحو هذا الشعب (عويضة ، ١٩٩٦ : ١١٥-١١٦).

٨- تفسير الاتجاهات:

إن الاتجاه مكتسب ومشتق من تفاعل الفرد مع عناصر البيئة الخارجية ، سواء كانت مادية أو معنوية أو بشرية ، وبهذا فالاتجاه لا بد وأن يتميز بالدينامية والتجدد رغم أنه يتميز أيضاً بالثبات والاستقرار النسبي .

وفيما يلي بعض التفسيرات التي يمكن أن تساعد على فهم طبيعة الاتجاه:

أولاً/ التفسير الدينامي للاتجاهات:

يرى كرتش وكرتشفيلد أن الاتجاه النفسي ما هو إلا وسيط حركي يساعد على إتمام الرابطة أو التفاعل بين العمليات السيكولوجية الأساسية وبين الفعل أو الأداء الذي يقوم به الفرد .

ومن وجهة النظر هذه يمكن القول بأن الاتجاه يهدف إلى تنظيم الدوافع والإدراك وبقية العوامل النفسية تنظيماً متكاملاً بحيث يؤدي هذا التنظيم إلى نمط متكامل من سلوك الفرد في موقف ما ، ويتناسب هذا النمط مع قدر هذا التنظيم من حيث درجة التوافق والإتقان .

ويمكن القول أيضاً وفي إطار ما سبق أن الاتجاه النفسي يعمل على تخفيف حدة التوتر وخاصة في مواقف الإحباط والفشل ، بل قد يساعد أيضاً على التكيف لمواقف التحدي والصراع.

ثانياً/ التفسير الإدراكي للاتجاهات:

ويقول كانتريل في دراسته لعمق الاتجاهات وشدتها أن الإدراك عملية هادفة غرضيه ترمي إلى تحقيق بعض أهداف الكائن الحي ، بمعنى أن الفرد يدرك الحدث الذي يتصل بأهدافه اتصال مباشراً سواء كانت هذه الأهداف حالية قائمة أو مستقبلية ما زالت في مرحلة المعالجة الذهنية وبذلك يتفهم أو يدرك الفرد عناصر البيئة ومقوماتها في ضوء أهدافه وما يرمي إليه وذلك من أجل أن يتكيف لها تكيفاً صحيحاً ويتفاعل معها بأسلوب سلوكي سوي وفي أثناء عملية الفهم هذه تتكون اتجاهات الفرد ثم تنمو وتتطور متأثرة بإدراك الفرد للأحداث.

ثالثاً/ التفسير البنائي للاتجاهات:

تشير معظم نتائج الدراسات التي أجريت من أجل قياس اتجاهات الشعوب على أن الاتجاه وحدة من وحدات بناء الشخصية الإنسانية كما تشير هذه النتائج إلى علاقة الاتجاه النفسي بالقيمة التي يكونها الفرد في مواقف المفاضلة والاختيار ، كما تشير هذه الدراسات أيضاً إلى ارتباطات الاتجاهات النفسية بحاجات الفرد ودوافعه سواء كانت أولية أساسية أو ثانوية. وعلى ذلك يصبح الاتجاه وحدة بنائية في الشخصية الإنسانية حضارياً وثقافياً (السيد وعبد الرحمن ، ١٩٩٩ : ٢٦٠-٢٦١).

٩- مفاهيم متصلة بالاتجاه:

هناك العديد من المفاهيم ذات الصلة بمفهوم الاتجاه ، ومن أبرز هذه المفاهيم العقيدة ، والرأي ، والقيمة ، والمشاعر ، والميل ويركز الباحث على أهم أوجه الاختلاف بين الاتجاه وبين كل من هذه المفاهيم :

أولاً/ الاتجاه والعقيدة :

العقيدة اتجاه نفسي يغلب على تكوينه العناصر المعرفية والفكرية والتي تسمى أحياناً (أيديولوجيات) بالإضافة بطبيعة الحال إلى المكون الانفعالي أو العاطفي الذي يميز الاتجاه النفسي ، ولكنه يتخذ صورة أكثر عمقاً ولوناً أكثر كثافة ، وعليه فإن الإنسان عندما يعتقد في نظرية سياسية أو اجتماعية فإنه يدعم اتجاهه نحو هذه النظرية بمزيد من الفكر والمعرفة والمعلومات ، والعقيدة تمثل خلفية صالحة لتكوين مجموعة من الاتجاهات النفسية فعقيدة فرد في حزب سياسي من نوع ما سوف تكون لديه مجموعة من الاتجاهات الموجبة نحو فرد آخر يعتنق مبادئ حزبه السياسي (إبراهيم ، ١٩٩٣ : ٣ – ٥).

ثانياً/ الاتجاه والرأي:

الرأي هو تنظيم خاص للخبرة المعرفية الإدراكية فقط سواء كانت هذه الخبرة منقولة أو مباشرة ، وواضح من هذا أن الرأي يخلو من المكون العاطفي أو الانفعالي الذي يميز الاتجاه النفسي ويعطيه خصائصه الأخرى .

أما علاقة الاتجاه بالرأي العام فنقول إن هناك الكثير من المحاولات لتعريف ووصف الرأي العام وكان ذلك من خلال وظيفته كضغط اجتماعي ، فالبعض يرى أن الرأي العام يعني سيادة قوة المجتمع والتي بدونها لا يكتب قانون أو تقوم حكومة ، والبعض الأخر يرى أن الرأي العام هو درجة من الاقتناع السائد في جماعة ما يكون من القوة بحيث يوجه سلوك أفرادها .

ويقترح (السيد وعبد الرحمن) التعريف التالي وهو يوضح العلاقة بين الاتجاه والرأي العام ، "الرأي العام هو المحصلة النهائية للاتجاهات النفسية الاجتماعية ذات الدرجة العالية ــ سالبة كانت أم موجبة ــ لأفراد جماعة منظمة متمايزة التركيب تجاه مشكلة محددة تمثل نقطة توتر وعدم اتزان في المجال النفسي الاجتماعي للجماعة" ، و يتبين من هذا التعريف أن الفرصة لتكوين رأي عام تزيد بزيادة شدة الاتجاهات النفسية (سالبة أم موجبة). (مليكة ، ١٩٨٩ : ٤٧ – ٤٩)

ثالثاً/ الاتجاه والقيمة:

القيمة هي عبارة عن تنظيم خاص لخبرة الفرد ينشأ هذا التنظيم في مواقف المفضلة والاختيار ، ويتحول إلى وحدة عياريه على الضمير الاجتماعي للفرد ، وهذا التنظيم أو هذه القيمة توجه سلوك الفرد في مواقف حياته اليومية وتساعده على الحكم على الأشياء والمثيرات والعناصر المتفاعلة في البيئة ، وذلك أثناء سعي الفرد لتحقيق هدف ما.

وإذا نظرنا إلى الاتجاه فإنه أيضاً تنظيم خاص لخبرة حادة ومتكررة وتوجه أيضاً سلوك الفرد ولكن في منطقة الهدف أو الغرض حيث تكون الأولوية للاتجاه سابقاً في ذلك القيمة التي كانت فعالة في مرحلة البحث أو السعي لتحقيق الغرض أو الهدف (السيد و عبد الرحمن ، ١٩٩٩ : ٢٥٥ - ٢٥٧).

رابعاً/ الاتجاه والمشاعر:

المشاعر هي ردود الفعل الوجدانية أو الانفعالية المرتبطة بأحد الموضوعات ، وتشكل المشاعر أساس التقويم الانفعالي و بالتالي فهي تمثل نوعا من الثقل الذي يعطي للاتجاهات نوعا من الاستمرار والدافعية ، كما أنها أضيق من الاتجاهات، و تمثل إحدى مكوناتها الثلاثة ، ويرى البعض أن المشاعر تمثل جوهر الاتجاه ، وأن المكونان الآخران ما هما إلا إضافات لهذا المكون ، أي أن الشخص يميل إلى موضوع معين أو يحبه ، فيحمل له مشاعر ايجابية في البداية ، وبعد ذلك يحاول تجميع معلومات تؤيد هذه المشاعر الايجابية ، وقد يسلك سلوكا يتفق مع مشاعره أيضا.

خامساً/ الاتجاه والميل:

يرتبط مفهوم كل من الميل والاتجاه ارتباطا وثيقا، و لكن الاتجاه أوسع في معناه، وتعتبر الميول اتجاهات نفسية تجعل الشخص يبحث عن أوجه نشاط أكثر في ميدان معين، أو هي اتجاهات ايجابية نحو مجالات مختارة من البيئة ، ومع ذلك فإن كل من الاتجاه و الميل عبارة عن وصف لاستعداد الفرد للاستجابة لشيء ما بطريقة معينة (المحاميد ، ٢٠٠٣ : ١٩٣ – ١٩٤).

١٠- طرق قياس الاتجاهات:

هناك العديد من الطرق أو الوسائل التي يمكن من خلالها التعرف على اتجاهات الأفراد . ومن هذه الوسائل الملاحظة المباشرة لكيفية تصرف الفرد حيال أشياء معينة ، أي ما الذي يقوله أو يفعله الفرد في المواقف التي يكون الشيء أو الشخص موضوع الاتجاه حاضرا. ومن الصعوبة أن نعتمد على الملاحظة المباشرة في قياس الاتجاهات، لأن ذلك يكلف وقتا وجهدا. ومن أكثر

الوسائل انتشارا في قياس الاتجاهات ما يسمى مقاييس التقدير الذاتي وهي عبارة عن مجموعة من العبارات تتصل بموضوع الاتجاه (ربيع ، ٢٠٠٨ : ١٩٦).

وفيما يلي يوجز الباحث جهود بعض علماء النفس والاجتماع في قياس الاتجاهات بأسلوب التقدير الذاتي:

أولا/ طريقة جتمان (Guttman 1947 and 1950)

وهى محاولة لإيجاد مقياس متدرج تجمعي أشبه بالمقاييس المستخدمة في الكشف عن قوة الإبصار، فإذا قُلنا مثلا أن زيدا من الناس قوة إبصاره ٩/٦ كان معنى ذلك أن هذا الفرد يستطيع تمييز العلامات التي قبل ذلك وهذا الأساس في نظر (جثمان) أحد الأسس المهمة التي تميز المقياس الصحيح ، ويمكن أن نوضح ذلك بمثال عن اتجاه الفرد نحو القسط الذي يجب أن يحصل عليه الفرد في المستوى التعليمي والثقافي.

١- نهاية المستوى الجامعي لا يعتبر كافيا لتثقيف الفرد- نعم- لا.

٢- نهاية المستوى الثانوي لا يعتبر كافيا لتثقيف الفرد- نعم- لا.

٣- نهاية المستوى المتوسط لا يعتبر كافيا لتثقيف الفرد- نعم- لا.

٤- نهاية المستوى الابتدائي لا يعتبر كافيا لتثقيف الفرد- نعم- لا.

٥- ينبغي أن لا تزيد ثقافة الفرد عن مجرد القراءة والكتابة- نعم- لا.

ففي هذا المثال تجد أنه إذا أجاب المُختبر عن أحد الوحدات بالإيجاب ، فلا بد أن يجيب عن الوحدات التي بعدها بالإيجاب كذلك ، فمن يوافق مثلا على أن نهاية المستوى الثانوي لا يعتبر كافيا لتثقيف الفرد معنى ذلك أنه لا يوافق ضمنا على أن مجرد القراءة والكتابة غير كاف ، وعلى أن التعليم المتوسط والابتدائي غير كاف كذلك ، أي أنه يوافق ضمنا على العبارات (٥ ، ٤ ، ٣) ويكون هذا المقياس صحيحا إذا وجدنا الأفراد يوافقون على (٥ ، ٤ ، ٣) بينما لا يكون صحيحا إذا وافق الفرد مثلا على العبارة (٢) ثم لا يوافق على العبارة (٣) ثم يعود مرة ثانية ليوافق على العبارة (٢) ومعنى ذلك حدوث انعكاسات في القياس تقلل من صحة المقياس (الداهري ، ٢٠٠٨ : ١٢٩).

ثانيا/ طريقة بوجاردس (Bogardies 1925)

وهو مقياس أعده بوجاردس كأداة للتعرف على مدى تقبل الأمريكيين أو نفورهم من الشعوب أو القوميات الأخرى، أو على مدى التباعد الاجتماعي بين الأمريكيين والشعوب الأخرى ويتكون

هذا المقياس من سبع عبارات تقريرية، يوضح اختيار الفرد لإحداها ، وجهته ودرجة اتجاهه نحو الشعب أو القومية المعنية موضوع الاتجاه ، حيث يمثل اختيار العبارة الأولى أقصى درجات التقارب الاجتماعي، واختيار العبارة السابعة أقصى درجات النفور أو التباعد. وهذه العبارات السبع تفيد في معرفة اتجاه الفرد نحو أبناء الشعوب الأخرى من حيث:

قبول القرابة عن طريق المصاهرة(الزواج)

قبول العضوية في نادي واحد كصديق(الصداقة)

قبول الإقامة في نفس الشارع كواحد من الجيران(الجوار)

قبول العمل في نفس المهنة كزميل(زمالة عمل)

قبول أن يكون مواطنا في بلدة له نفس الحقوق(المواطنة)

قبول أن يكون زائرا(ضيف)

المطالبة باستبعاده من البلاد (درويش ، ٢٠٠٥: ١٠٦).

ثالثا/ طريقة ليكرت (Likert 1936)

لقد اعتمد ليكرت للتعرف على الاتجاه نحو موضوع معين،على وضع سلم يتكون من خمس درجات، ٥ موافق جدا ٤ موافق ٣ غير متأكد ٢ غير موافق ١ معارض

الرقم قبل العبارة يبين درجة الاستجابة، وعلى هذا فالدرجة المرتفعة تدل على الاتجاه الموجب والدرجة المنخفضة تدل على الاتجاه السلبي

ويمكن جمع الدرجات التي يحصل عليها الفرد على كل عبارات المقياس لتوضيح الدرجة الكلية العامة التي تبين اتجاهه العام ويمر بناء مقياس ليكرت بالخطوات التالية.

١- تحديد موضوع الاتجاه بصورة واضحة

٢- وضع فقرات المقياس بحيث تكون هذه الفقرات قادرة على استجرار عدد كبير من الاتجاهات والآراء حول موضوع الاتجاه، وتختار بحيث تكون واضحة غير غامضة، وبحيث توضح إما الاتجاه الإيجابي أو الاتجاه السلبي، ويفضل أن يكون عدد الفقرات الموجبة والسلبية متساويا ، ويفضل أن تقيس الفقرات موضوع واحد ، ويجب أن تظهر الفقرات فروقا فردية في الاستجابة.

٣- وضع سلم الإجابة الذي يتراوح ما بين الموافق بشدة إلى عدم الموافقة بشدة (بني جابر ، ٢٠٠٤ : ٢٨٢-٢٨٣).

رابعا/ طريقة ثيرستون (Thurstone 1929)

اقترح ثيرستون طريقة لقياس الاتجاهات نحو موضوع معين ، فما علينا سوى أن نتبع الخطوات التالية:

١- نكتب عددا من الجمل التي تمس موضوع الاتجاه الذي نحاول قياسه.

٢- نعطي الجمل التي نجمعها إلى مائة من الأفراد الواعين نسميهم المحكمين ، ويحاول كل منهم تقسيم هذه الجمل إلي مجموعات ، بوضع الجمل المتشابهة في مجموعة واحدة ، على أن تمثل المجموعة الأولى الجمل التي تمثل أقوى اتجاه ايجابي ، تليها المجموعة التي تقل عنها درجة حتى نصل إلى المجموعة التي تمثل أقوى اتجاه سلبي.

٣- سيختلف المحكمين طبعا في توزيعهم للجمل المختلفة ، فقد يضع أحدهم الجملة في المجموعة الثالثة بينما يضعها ثان في المجموعة الرابعة ويضعها ثالث في المجموعة الخامسة وهكذا... ، فتتحدد درجة هذه الجملة على الميزان بدرجة الوسيط لها في تقدير المحكمين المختلفين. وإذا كان هناك جملة من الجمل وجد أن المحكمين اختلفوا اختلافا بينا في توزيعها على المجموعات فتحذف هذه الجملة لعدم وضوحها.

٤- يتم الاختيار الأخير لجمل الميزان بحيث يتم ترتيبها بشكل ميزان في قمته الجمل التي تمثل أقوى الاتجاهات الايجابية وفي نهايته الجمل التي تمثل أقوى الاتجاهات السلبية. وتسمى هذه بموازين الفئات المتساوية لأنه يراعى في ترتيب الجمل تبعا لدرجاتها في أن يكون الفرق بين الجملة و الجملة التي تقل عنها درجة مساويا للفرق بينها وبين الجملة التي تزيد عنها درجة.

ثم تعطى الجمل التي يتم الاتفاق عليها في شكل استبيان للأفراد المراد قياس اتجاهاتهم على ألا تكون الجمل مرتبة تبعا لدرجاتها على الميزان ، وعليهم أن يضعوا علامة أمام الجمل التي تتفق وأرائهم.

وتكون درجة الفرد على الاستبيان في الدرجات الوسطى على الميزان للجمل التي اختارها. (جلال ، ١٩٨٥ : ٧٧١-٧٧٢).

هذه هي أهم مقاييس الاتجاه ويلاحظ الباحث أن طريقة المقارنات المزدوجة (لثيرستون) وطريقة البعد الاجتماعي (لبوجاردس) إنما تستخدم لأغراض محددة وأحوال خاصة ، فالطريقة الأولى تتطلب مقارنات عديدة ولذا فإنها تصلح في الحالات التي تكون فيها المواضيع المراد قياسها محدودة العدد ، وأما الثانية فإنها محدودة بأهداف كتقبل فئات معينة أو عدم تقبل عناصر أخرى.

وكذلك يلاحظ الباحث أن طريقة (جثمان) هي طريقة صناعية وأن من النادر جدا أن يصل الباحث إلى هذا المستوى من تدرج المقياس في السمات النفسية أو الظواهر الاجتماعية و الظواهر النفسية مهما وصل المقياس إلى درجة من الثبات والصحة.

أما طريقة (ليكرت) فإنها تعد في الواقع من أكثر الطرق استخداما ، كما أنها تتميز بأنها تحتوى على وسائل تُمكن الباحث من قياس درجة الموافقة بالنسبة لكل وحدة من الوحدات التي يتضمنها المقياس ، وهذا في الواقع يعتبر من المميزات التي تكشف عنها هذه الطريقة في قياس الاتجاهات.

١١- تغيير الاتجاهات:

عملية تغيير الاتجاه ما هي إلا عملية تكوين اتجاه جديد بشكل مقصود ومتعمد لإحلاله محل اتجاه قديم ، وقد يتغير الاتجاه من موجب إلى سالب أو العكس ، وقد يتغير من موجب ضعيف إلى موجب قوي أو العكس ، وقد يتغير من سالب قوي إلى سالب ضعيف أو العكس ، وفيما يلي أهم طرق تغيير الاتجاهات:

١- تغيير الإطار المرجعي ، حيث هناك بعض الاتجاهات تتكون نتيجة معلومات خاطئة غير صحيحة أو من إدراك خاطئ ،وعليه تصبح الركيزة الأولى في تعديل الاتجاه هي إعطاء المعلومات الصحيحة والحقيقية المتعلقة بالموضوع ، وبناء على ذلك يكتسب الفرد خبرة جديدة من نوع جديد تعدل من المحتوى المعرفي والادراكى لاتجاه الفرد.

٢- التغيير في موضوع الاتجاه ، فإذا حدث تغيير في موضوع الاتجاه نفسه ، وأدرك الفرد ذلك ، فإن اتجاهه نحوه يتغير، فكلما زادت ثقافة العامل والفلاح أدى ذلك إلى تغير الاتجاهات نحوهما.

٣- التغيير التكنولوجي فمن المعلوم أن التغير التكنولوجي يؤدي إلى تغير في العلاقات بين الأفراد والجماعات ، وأكبر دليل على ذلك أن ظهور القنابل الذرية قد أدى إلى إحداث تغير في الاتجاه نحو الحرب في أجزاء مختلفة من العالم ، كذلك فإن التطور العلمي والتكنولوجي الذي شمل وسائل الإنتاج والاتصال والمواصلات قد أدى إلى إحداث تغير ملموس في الاتجاهات في الأسر في الريف والحضر.

٤- لعب الأدوار حيث تتضمن هذه الطريقة تكليف الأفراد الذين يتبنون الاتجاه المطلوب تغييره بلعب أدوار من يتبنون الاتجاه المستهدف ، وقد لوحظ في بعض الدراسات أن هذه الطريقة تؤدي بنسبة (٤٦%) إلى تغيير الاتجاه.

٥- تغيير الجماعة المرجعية ، أي أنه إذا غير الفرد جماعته المرجعية التي ينتمي إليها بجماعة جديدة فبمرور الوقت يميل الفرد تعديل وتغيير اتجاهاته ، فالطالبة القروية حين تنتقل إلى الجامعة في المدينة فان اتجاهاتها السابقة تتغير وتتعدل إذا اتخذت من الجماعة الجديدة جماعة مرجعية .

٦- الاتصال المباشر بموضوع الاتجاه ، حيث يسمح الاتصال المباشر بموضوع الاتجاه للفرد بأن يتعرف إلى الموضــوع من جوانب جديدة مما يؤدى إلى تغيير في اتجاه الفرد.

٧- تغيير الموقف الاجتماعي ، من الممكن أن تتغير اتجاهات الفرد وتتعدل وكذلك اتجاهات الجماعــة وذلك بتغير المواقف الاجتماعيــة فقد تتغير اتجاهات الفرد عندما ينتقل من مستوى اقتصادي إلى مستوى آخر.

٨- التغيير القسري للسلوك ، وقد تؤدى الظروف الاضطرارية أحيانا إلى تغيير قسري في السلوك يصاحبه عادة تغير في اتجاهات الفرد ايجابيا أو سلبيا ، فالزوجات البيض اللاتي اضطررن إلى السكن بجوار زوجات زنجيات أدى ذلك إلى تغير اتجاهاتهن نحو الزنوج بحيث أصبحن أقل عداء من ذي قبل.

٩- أثر وسائل الإعلام ، بما أنه وسائل الإعلام تساعد في تقديم المعلومات والحقائق والأفكار عن موضوع الاتجاه وهذا من شأنه أن يلقى ضوءا أكثر يساعد بطريقة مباشرة على تغيير الاتجاه لدرجة أن هذه الوسائل أصبحت في غاية الأهمية في عملية التنشئة الاجتماعية.

١٠- تأثير الأحداث الهامة ، قد يؤثر تغير الأحداث في تغيير الإطار المرجعي ، وهذا التغيير في الإطار المرجعي يؤثر في الاتجاهات ، فالحرب العالمية أثرت كثيرا في تغيير كثير من الاتجاهات فقد تُعدل الحروب طرق التفكير والتعامل بين الناس مما يكون له تأثير كبير على تغيير الاتجاهات.

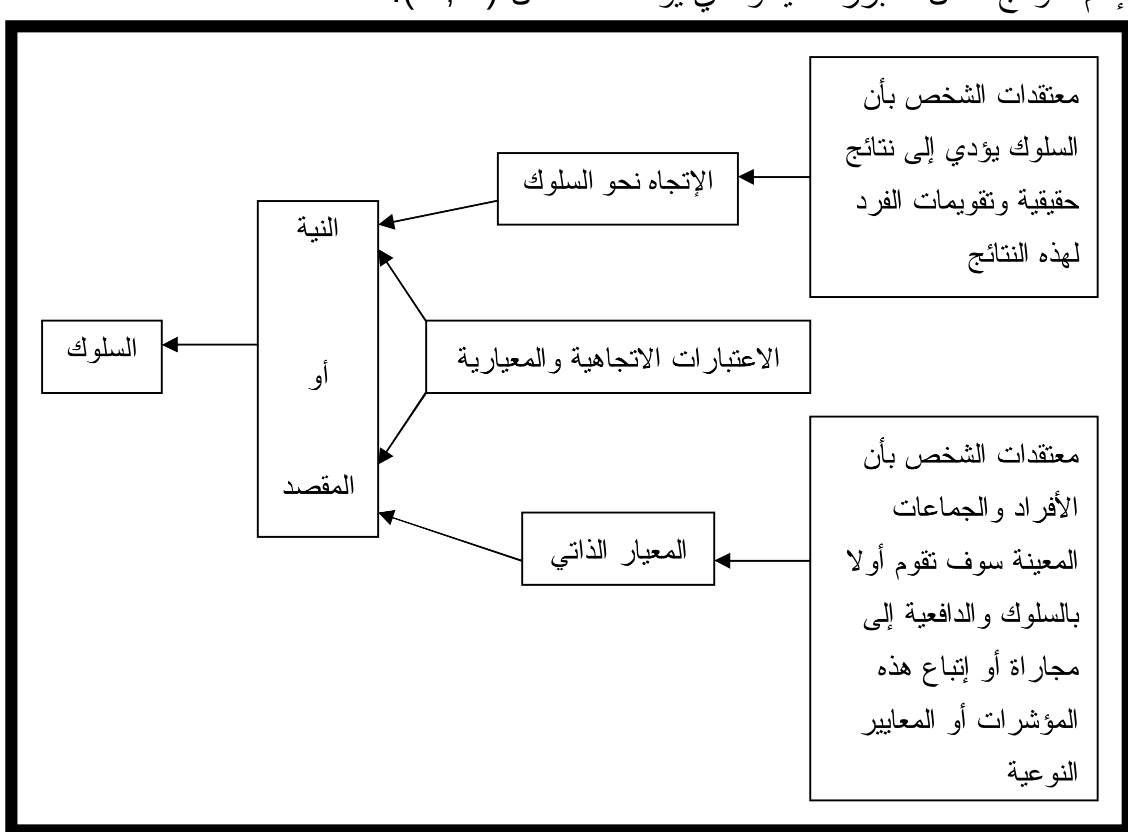
١١- تأثير رأي الأغلبية ورأي الخبراء ، يمكن تعديل اتجاهات الفرد باستخدام رأي ذوي الخبرة والمكانة والذين يثق بهم الفرد ، فيستطيع رجل الدين مثلا ، لما له من مكانة أن يغير من اتجاهاتنا الخاطئة ، كما يستطيع المجموع تعديل اتجاهات القلة لتتناسب اتجاهاتهم مع اتجاهات المجموع (زهران ، ٢٠٠٣ : ٢٠٢ - ٢٠٧).

١٢- العلاقة بين الاتجاه والسلوك:

لقد كُرس الكثير من البحث في علم النفس الاجتماعي على أن المركب الوجداني والمركب المعرفي يؤثران في المركب السلوكي ، ولاختصار هذا نقول أن الاتجاهات تتحكم في السلوك ،

وفي بعض الأحيان الأمر ليس كذلك حيث أن السلوك غير ثابت مع الاتجاهات ، ولذلك نجد بعض الناس يعيشون براحة مع عدم الانسجام ، ومثال على ذلك الكثير من المدخنين يعتقدون أن التدخين ضار جدا بالصحة ولا يحبون رائحته وعلى الرغم من ذلك يستمرون في التدخين (Sears et al , 1991 : 141).

هذا ويشير المحاميد إلى أشهر النماذج التي حاولت معالجة هذه العلاقة التفاعلية بين الاتجاه والسلوك من خلال النموذج الذي قدمه فيشباين وأجزين (Fishbein and Ajzen) والمعروف بإسم نموذج الفعل المبرر عقليا والذي يوضحه الشكل (٢,٥):



الشكل (٢,٥): نموذج الفعل المبرر عقلياً

ويتلخص هذا النموذج في الآتي:

١- أنه يمكن التنبؤ بسلوك الشخص من النية أو القصد .

٢- أنه يمكن التنبؤ بهذه المقاصد من خلال متغيرين رئيسيين: الأول هو اتجاه الشخص نحو السلوك ، والثاني هو إدراك الشخص لاتجاه الآخرين نحو هذا السلوك.

٣- أنه يمكن التنبؤ بالاتجاه نحو السلوك من خلال استخدام إطار (التوقع – القيمة المرجعية) ، أو تقويم الشخص للسلوك ، في ضوء تفضيلات الآخرين والدافع لإتباع هذا السلوك.

(المحاميد ، ٢٠٠٣ : ١٩٧ - ١٩٨)

١٣- الاتجاه نحو المرض النفسي:

كثيرا ما نواجه في حياتنا اليومية اتجاهات ذاتية شائعة قد يكون لها تأثير واضحا نفعا أو ضررا على مجريات الحياة العامة ومن الملاحظ لدى معظم الناس اتجاهات وأفكار محددة إزاء ما يعرض لهم من مشكلات وأمراض نفسية ، كما أن إجاباتهم قاطعة إزاء ما يعرض عليهم من أسئلة في هذا المجال وإننا لو تعمقنا في تحليل تفكير هؤلاء الأشخاص نحو أسلوب تعاملهم مع هذه الموضوعات وردودهم لتلك الأسئلة لاتضح لنا أن ما يقدمونه من حلول وإجابات قد صدرت عن اتجاهات تبلورت في أذهان هؤلاء الأشخاص على نحو لا يستطيعون معه ردها إلى جذورها ومصادرها ولا يمكنهم التعرف على مراحل تطورها ، وإن هذه الاتجاهات لا تعبر فقط عن رأي الفرد ومفهومه الذاتي والخاص ، وإنما هي وثيقة الصلة بالمجتمع الذي يعيش فيه الفرد فالاتجاهات تعكس أيضا فلسفة وأهداف المجتمع وقيمه ومعتقداته ، والاتجاهات بذلك رافد قوي لإيديولوجية المجتمع ، ولكل مجتمع منظور معين خاص به تشتق منه أهدافه وأفكاره وفلسفاته لتكون في النهاية حضارة أو ثقافة معينة ذات خصوصية ثابتة نسبيا ، ومن هنا كان لكل مجتمع اتجاهاته الخاصة المحكومة بايدولوجيا نابعة من تاريخ طويل وحاضر عريض ومستقبل ممتد عبر الأفاق . (Moghaddam , 1998 : 124 - 127).

ومما سبق يجد الباحث أن الاتجاه نحو المرض النفسي هو استعداد مُتعلم من خلال خبرة الفرد ، ومعارفه ، مما يوجهه إلى قبول المرض النفسي أو رفضه.

وإذا كانت هناك اتجاهات شائعة بين الناس يمكن اعتبارها خاطئة ، فإنه قد يترتب عليها أساليب سلوكية خاطئة من جانب من يتبنون هذه الاتجاهات نحو المرض النفسي ونحو المرضى النفسيين ، ونحو البيئة بعناصرها الإنسانية والاجتماعية ، مما يعتبر في التحليل النهائي فقداً للجهد والوقت في غير طائل . بل وفي تفويت الفرصة لاحتمالات الشفاء في الوقت المناسب ، بل وقد يترتب عليها تعقيد المشكلة بزيادة حجم المرض ، وإزمانه وزيادة حجم المعاناة الإنسانية للمريض ولذويه .(كفافي ، ١٩٩٤ : ١٠).

وتكمن المشكلة في المرض النفسي ليست في إصابة المريض به فقط ، ولكن في تأثيره على إنتاج المريض وعلى مجتمعه الصغير الممثل في أسرته وذويه وكذلك المجتمع الأكبر بكل طاقاته البناءة المنتجة ، فإن انقطاع المريض عن عمله لا يضر بالمريض فحسب ، وإنما يضر بإنتاج الوطن وفاعليته وتقدمه .

ويرى أحمد راجح أن هذا التأثير يتمثل في اضطراب وتفكك العلاقات الإنسانية ونقص في كفاءة الفرد الإنتاجية ، ولاشك في أن المرض النفسي يُقعِد صاحبه عن العمل والإنتاج المتميز ويبدد طاقته ويهدرها (العيسوي ، ٢٠٠٤ : ٢٣٤).

ويعتقد الباحث من خلال عمله في مجال الصحة النفسية أن المرضى النفسيين يعانون من الأعراض المزعجة ، وكذلك عدم قدرتهم على العمل والمشاركة في النشاطات المختلفة ، نتيجة للتحيز ضدهم ، وإنهم دائمو القلق بسبب شعورهم بعدم القدرة على تحمل المسؤولية تجاه عائلاتهم وأصدقائهم وخوفهم أن يكونوا عبئا على الآخرين .

ويُقدّر أنّ واحدة من كل أربع عائلات لديها فرد أو أكثر يعاني في الوقت الحاضر من مرض نفسي ، وعلى هذه العائلات أن توفر للمصاب الدعم المادي والمعنوي وأن تتحمل التأثير السلبي للوصمة والتمييز ضد أحد أفرادها وهذا بتفاوت موجود في جميع أنحاء العالم.
العبء على عائلات المرضى يتراوح بين الصعوبات المالية وردود الفعل العاطفية ، صعوبات التعامل مع السلوك المضطرب ، واضطراب نظام العائلة وجو المنزل ، وتحديد النشاطات الاجتماعية والمهنية . وإن تأثير المرض النفسي على المجتمعات كبير جدا ، هناك تكلفة توفير العناية والعلاج ، والخسارة في الإنتاج وبعض المشاكل القانونية التي لها علاقة بالمرض النفسي أحيانا مثل العنف مع أن العنف بشكل عام يصدر من الناس الأصحاء أكثر من المضطربين نفسيا ، وإن عبء الأمراض النفسية على الصحة والإنتاجية في جميع أنحاء العالم كان دائماً أقل تقديراً من الواقع.

وأثبتت دراسة العبء العالمي للأمراض التي قامت بها منظمة الصحة العالمية مع البنك الدولي وجامعة هارفارد عام ١٩٩٣ أن الأمراض النفسية بما فيها الانتحار تشكل ١٥% من عبء الأمراض عامة في المجتمعات ذات الاقتصاد القوي مثل الولايات المتحدة الأمريكية، وهذا أكثر من العبء الذي تسببه جميع أنواع السرطانات (الريماوي ، ٢٠٠٦ : ٦٢٦)

وفي ضوء ما سبق يجد الباحث أن المريض النفسي يسبب اضطرابا شديدا لأسرته ، إما بسبب تصرفاته غير السليمة وما تسببه من إزعاج ، وإما بسبب سوء الحالة الاقتصادية وذلك لانقطاع دخله طوال مدة العلاج ، وهى في الأغلب مدة طويلة ، ولكل ما تقدم يتضح أنه من صائب الرأي أن نتجه إلى تلافي المرض النفسي أصلا حتى لا نتعرض إلى تلك المتاعب الخاصة والعامة ، ولذلك كان القول بأن الوقاية خير من العلاج أصدق ما يكون في حالة المرض النفسي .

وتُعتبر الأمراض النفسية من الظواهر واسعة الانتشار في كل مجتمعات العالم ولقد كان ويزال تأثير الثقافة على التتابع والمظاهر التي يحدث بها المرض النفسي موضوع اهتمام مستمر حيث أن الحالات النفسية الرئيسية تحدث عبر الثقافات المختلفة مع وجود اختلاف يعود إلى تأثير الثقافة.

وتُمثل الاتجاهات الثقافية - بما تشمله من نظم دينية وسياسية وخلقية واقتصادية - عوامل هامة في المرض النفسي ، فالثقافة المريضة التي تسود فيها عوامل الهدم تولد الإحباط والتعقيد الثقافي وعدم التوافق بين الفرد والثقافة التي يعيش فيها . (رضوان ، ١٩٩٦ : ٢٦٦)

وإن ثقافة أي مجتمع من المجتمعات تضم كافة المنجزات الفكرية والمادية ، ففي الجانب الفكري تُزود الثقافة الأفراد بأساليب التعامل فيما بينهم والوسائل التي تمكنهم من حل مشكلاتهم وتلبية حاجاتهم المتعددة ، أما الجانب المادي للثقافة فيتم التعبير عنه من خلال الأدوات التي يستعملها الإنسان في المسكن وطرق العيش ووسائل النقل (الغزاوي وآخرون ، ٢٠٠٠ : ١٧٦).

وأيضاً إن الثقافة الفلسطينية لها طريقتها التقليدية الخاصة في تفسير الاضطرابات النفسية ، المعتقد الشائع أن الأمراض النفسية هي نتيجة لسيطرة قوى خارقة فوق طبيعية وهذا الاعتقاد له جذوره الدينية ومن الصعب شرحه في مصطلحات سيكولوجية أو طبية.

في كثير من البلاد النامية ، بما فيها فلسطين تعتبر الأمراض النفسية مصدر للخوف عادة ، وفي بعض الحالات هذا الاعتقاد يؤدي إلى رفض المرضى النفسيين ، وهذا ما يعرف بالوصمة من المرض النفسي (Stigma) ، في بعض حالات المرضى النفسيين تظهر عندهم أعراض المرض النفسي بشكل أعراض جسدية مثل الصداع أو المغص أو ألم الظهر ، وهذا يدل على أن مدى المرض النفسي لا يغطى بالشكل الواقعي أو الشكل الذي هو عليه في البيئة الفلسطينية. (Afana ., A. et al, 2002)

ومن ملاحظات الباحث خلال عمله في برنامج غزة للصحة النفسية المجتمعية / عيادة غزة ، أن هناك بعض المفاهيم والاتجاهات التي لها قبول واسع في الثقافة الفلسطينية من أهمها اعتبار أن الاضطرابات النفسية خارج نطاق التحكم والسيطرة ، دون مسؤولية من الشخص المصاب (المريض) عن ما يحدث له.

وهناك اتجاهات في القوى الخارقة التي تسبب الأمراض مثل الجن والشياطين والسحر والشعوذة ، وأن الجن الشرير لديه القدرة على تلبس الضعفاء وإصابتهم بالمرض ، وينجم عن ذلك السلوك غير السوي.

ويشيع الاعتقاد بالحسد أو العين الشريرة التي لها تأثير ضار على الصحة،ويعتقد البعض أيضا أن سبب حدوث المرض يرجع إلى إرادة الله سبحانه وتعالى والشفاء يحدث بإرادة الله سبحانه وتعالى حيث يتضرع إليه المصاب بالدعاء ، ومن الاتجاهات السائدة في الثقافة الفلسطينية أيضا إن الأعراض الجسدية أكثر أهمية من الأعراض النفسية.

ويرى الباحث أن هناك أهمية خاصة لدراسة النواحي الثقافية والاجتماعية والوعي بالسياق الثقافي الفلسطيني ونمط العلاقات وطرق الاتصال اللفظي وغير اللفظي لفهم الحالات النفسية والسلوك الطبيعي والمرضى في الثقافة الفلسطينية.

وفي ضوء ما سبق ، ثقافتنا الفلسطينية ما تزال تنظر بالشك والريبة إلى المرض النفسي ، وعلى الرغم من التقدم العلمي الذي شهده الطب النفسي وعلاج الأمراض النفسية إلا أننا مازلنا نعاني من الوصمة التي تلاحق المرضى النفسيين ، وكثيراً ما يشتكي مرضانا بعد تحسن حالتهم من عدم تقبل الناس لهم والابتعاد عنهم وربما الضحك عليهم لما كانوا يقولونه أثناء مرضهم ووصفهم له بأنه "مجنون" ، وكم من مريض تخلى عنه أعز أصدقائه وبعض أفراد عائلته بل ويُحذرون الآخرين من الاقتراب أو التواصل معه بعد أن أُصيب بالمرض ، وهذا ما يؤدي إلى شعور المريض النفسي بالألم والحسرة والخوف من مقابلة الآخرين والرغبة في الانعزال والوحدة ، هذه الملاحظات توحي بمدى أهمية دراسة اتجاهات أفراد المجتمع الفلسطيني نحو المرض النفسي.

وكما يشير زقوت إلى ما وجده عثمان (١٩٩٨) إلى أن الاتجاهات تنعكس على سلوك جميع الأشخاص المحيطين والذين يتعاملون مع المريض النفسي ، مما يؤثر على تطور حالة المريض النفسي نحو الأفضل أو نحو الأسوأ ، تبعاً لطبيعة تلك الاتجاهات. (زقوت ، ٢٠٠١ : ٢٣)

وانطلاقاً من أهمية موضوع الاتجاهات نحو المرض النفسي ، فقد بدأ في السنوات الأخيرة ، الاهتمام من جانب علماء علم النفس الاجتماعي بموضوع الصحة النفسية ، فلم يعد من الممكن إجراء الدراسات والبحوث بهدف تشخيص وعلاج المرض النفسي دون الاهتمام بالمحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه المريض النفسي ، والذي يؤثرون فيه ويتأثرون به ، ودون الاهتمام بتصورات المجتمع نحو المرض النفسي والمرضى النفسيين واتجاهاته حيالهم.

المبحث الثاني: الأمراض النفسية

مقدمة:

لقد كان مفهوم المرض النفسي عند الأقدمين مختلفا تماماً عن مفهومنا له ، ذلك أنهم لم يتعرفوا المرض النفسي كما نعرفه نحن اليوم ، كما لم يكن هناك فصل بين أمراض الجسم . وتلك الخاصة بالعقل ، لقد كان للمرض بالنسبة لهم مفهوما أحاديا وكانت الأمراض على كافة أشكالها تُفسر غالبا على أساس التملك ، من قبل أرواح شريرة .
ولقد ساهمت أبحاث علماء التطور وعلماء طب نفس الأجناس في فهمنا لطبيعة المرض النفسي ، فلقد اعتبروا أن بعض الظواهر السلوكية التي تعتبرها بعض المجتمعات حالات مرضية لا تتعدى أن تكون خبرات طبيعية ، إذا ما وضعت في إطار مجتمعها.(عكاشة ، ٢٠٠٣ : ٢٩-٣٠)

وسيتناول الباحث في هذا المبحث تعريف المرض النفسي ، وتطور الاهتمام بالأمراض النفسية في العصور القديمة ، وفي التراث الإسلامي ، وفي العصور الوسطى ، وفي العصر الحديث ، وأيضا يعرض الباحث أسباب الإصابة بالمرض النفسي ، والنظريات المُفسرة للمرض النفسي ، وتصنيفات المرض النفسي ، وحقوق المرضى النفسيين ، وتطور رعاية المرضى النفسيين في قطاع غزة .

١- تعريف المرض النفسي

المرض النفسي في رأي فرويد هو كراهية النفس والآخرين والعجز عن الإنجاز والركود ، رغبة في الوصول إلى الموت (سمور ، ٢٠٠٦ : ٥٥).

المرض النفسي هو مجموعة من الانحرافات التي لا تنجم من حيث السبب عن علة عضوية أو تلف في تركيب المخ فهو مرضا ليس جسميا أو عضويا من حيث المنشأ ولكنه قد يسبب أمراضا جسمية (العزة، ٢٠٠٤: ٥٠).

وتستخدم كلمة اضطراب لتشير إلى وجود مجموعة من الأعراض الإكلينيكية المعروفة أو سلوك في أغلب الأحيان يكون مرتبطا بالضغط النفسي وبتدخل مقصود ، كل ذلك دائما يكـــون علـــى مستوى الفرد وغالبا على مستوى الجماعة أو مجموعة اجتماعية (Wing, et al. 1998:1).

وأما زهران فيُعرف المرض النفسي بأنه اضطراب وظيفي في الشخصية ، نفسي المنشأ ، يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة ويؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسي ويعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه. والمرض النفسي أنواع ودرجات فقد يكون خفيفا وقد يكون شديدا (زهران ، ١٩٩٧ : ٩-١٠).

ويتبنى الباحث تعريف زهران للمرض النفسي لاتصافه بالشمولية.

٢- تطور الاهتمام بالأمراض النفسية:

الأمراض النفسية قديمة قدم الإنسانية ، ولقد مرّ تطور وفهم الأمراض النفسية والعلاج النفسي بتاريخ طويل يرجع إلى حوالي خمسة آلاف سنة ، ومن المفيد والطريف أن نستعرض هذا التطور عبر العصور القديمة .

أولاً/ المرض النفسي في العصور القديمة:

منذ بدأت الخليقة ظهرت مشاعر القلق والشعور بالذنب نتيجة عدم طاعة ادم وحواء الله سبحانه وتعالى وإقدامها على الأكل من الشجرة التي حرمها الله عليهما وانقلب حالهما من صحة نفسية وجسدية جيدة والتي ذكرت في صورة التين الآية الرابعة "لقد خلقنا الإنسان في أحسن تقويم" إلى وهن وضعف من معاناة من الذنب والقلق والتوتر (الداهرى ، ٢٠٠٥ : ٣٢).

وعرفت مصر القديمة (١٩٠٠ ق.م) مفهوم الاضطرابات الهستيرية ، وعزتها إلى حركة الرحم ، وكذلك تضمنت بردية "أبرز" (١٦٠٠ ق.م) وصفات تفصيلية للاكتئاب والخرف والسبات الحركي والسلبية وحالات الهذيان تحت الحادة واضطرابات التفكير ، وقد أُرجعت أسباب كل هذه الحالات إلى أسباب وعائية دموية وتلوث ومواد برازية ، وفي حالتين فقط أُعزيت الأسباب إلى عوامل روحانية . ولقد كان الصرع هو المرض المعروف بصفة خاصة بين الأمراض النفسية لدى القدماء ، حيث كانوا يطلقون عليه اسم المرض المقدس أو الإلهي ، غير أن أبقراط اعترض على نسبة هذه القدسية أو الإلهية إلى المرض ، وأبدى أنه ككل الأمراض الأخرى ينشأ عن سبب عضوي ، وأن الناس إنما يخلعون عليه تلك الصفة تغطية لجهلهم (عكاشة ، ٢٠٠٣ : ٢٦ - ٣٥).

وتعامل الإغريقيون مع الإنسان على اعتبار انه مكون من شقين النفس والجسد ، وقد استخدم فلاسفتهم الروح والنفس بمعنى واحد وقد حاول الفلاسفة الطبيعيون أن يقدموا تصورا لماهية

النفس ، فمنهم من رأى أنها الدم ، ومنهم من اعتبرها الحرارة الكائنة في الجسد ، أما الجسد فهو يتكون من الأصول الأربعة للكون : النار والتراب والهواء والماء بنسب متفاوتة ، وقرر كل من أمبيذ وقليس وابقراط (٤٠٠ ق.م) أن يأخذوا بالتفسير العضوي لما يصيب الإنسان من اضطرابات نفسية . وبظهور أفلاطون (٣٤٧-٤٢٧ ق.م) ظهر التصور الفلسفي الأكثر وضوحا لثنائية الإنسان سواء من حيث البنية أو الوظيفة أو نمط العلاقات الرابطة بين شقي الإنسان ، النفس والجسد (محمد ومرسي ، ١٩٨٦ : ١٤ – ١٥).

ولم يصل إلينا إلا القليل عن العرب في الجاهلية فيما يتعلق بعرافيهم وأطبائهم وطرق العلاج بالسحر والشعوذة أو الطب بالعقاقير أو العض أو الكي ومن علومهم في الجاهلية ، الكهانة وهى عبارة عن التنبؤ بالأحداث قبل وقوعها ، وعلم الفراسة وهو التعرف على الأشياء الخفية من الأشياء الظاهرة . ومن علومهم أيضا العزائم وتشبه التنويم المغناطيسي أو الإيحائي الآن ، وعلوم السحر والطلاسم والتمائم والتنجيم والفال والعرافة (توفيق ، ٢٠٠٢ : ١٩).

ثانياً/ المرض النفسي في التراث الإسلامي:

يتميز العصر الإسلامي باعتماده الدين الإسلامي مصدرا للهداية والتشريع وإدارة شئون الحياة ، ولقد كان التغيير النفسي الذي أحدثه الإسلام في نفوس هؤلاء الأميين تغييرا هائلا " هُوَ الَّذِي بَعَثَ فِي الأُمِّيِّينَ رَسُولاً مِنْهُمْ يَتْلُو عَلَيْهِمْ آيَاتِهِ وَيُزَكِّيهِمْ وَيُعَلِّمُهُمُ الْكِتَابَ وَالْحِكْمَةَ وَإِنْ كَانُوا مِنْ قَبْلُ لَفِي ضَلالٍ مُبِينٍ " (سورة الجمعة آية ٢) ، فانطلقت جموع المجاهدين منهم وممن أسلم وآمن بهذا الدين ، يفتحون البلدان وينشرون الإسلام يغيرون بهذه الفتوحات واقعا سياسيا واجتماعيا و يغيرون من ورائه واقعا حضاريا ، فتجددت الصلة بين الوحي والعقل وتجددت التصورات والعقائد تبعا لها . وجاء الإسلام حربا على التفسيرات الخرافية للظواهر وأنشأ عند أتباعه عقلية علمية ينسجم الإيمان بالأسباب والإيمان بالقدر ، أو تفسير الظواهر بأسبابها الطبيعية ونسبها إلى المشيئة الإلهية . (توفيق ، ٢٠٠٢ : ٤٤٨-٤٤٩)

ولقد كان ابن سينا يستخدم الأحلام ، في تشخيص الأمراض النفسية والعقلية . فالأحلام الرديئة والمزعجة والمشوشة وتلك التي ينساها الفرد لكل دلالته في الكشف عن المرض.

وفى تفسير ابن سينا للأمراض النفسية لا نجد أي أثر للرجوع إلى العوامل الخرافية أو الغيب أو السحر أو الشعوذة والشياطين وإنما يرجعها إلى عوامل موضوعية في بدن الإنسان أو ظروفه المعيشية . مما يدل على اهتمام المسلمون بعلاج الأمراض النفسية ، وأنهم أفردوا أقساما خاصة للأمراض النفسية ضمن المستشفيات العامة التي أنشأها.

وإن أول مستشفى تم تأسيسه في الإسلام هو المستشفى التي أنشاها الوليد بن عبد الملك الخليفة الأموي عام ٧٠٧م ، وان أول مستشفى أنشئ في مصر المستشفى العتيق الذي أنشاه احمد بن طولون عام ٨٧٣م وكان يضم أقساما للأمراض المختلفة من بينها الاضطرابات النفسية، وفى عام ١٢٤٨م أنشأ الملك المنصوري قلاوون المستشفى المنصوري الكبير أو المارستان المنصوري الكبير في مصر (العيسوي ،٢٠٠٤ : ١٣-١٨).

كما أن للعلماء المسلمين أثراً واضحاً وكبيراً في الاتجاهات الحديثة والمعاصرة ، ومنها نظرية التحليل النفسي التي تناولت الأمراض النفسية حيث تحدث (الفارابي المتوفى سنة ٣٣٩ هـ) الذي تحدث عن الحاجة إلى شعور بالأمن من خلال تماسك الجماعة كوسيلة للتخفيف عن القلق ولتقويم الذات وتحديد الاستجابة المناسبة والصحيحة والسلوك السوي.
و (ابن مسكوية المتوقي سنة ٤٢١ هـ) الذي له جهود معروفة في مضمار الصحة النفسية عندما تحدث عن النفس العاقلة وتقسيمه للقوى التي تحرك النفس مثل القوة الناطقة التي توظف الدماغ والقوة الشهوية التي تستعمل البدن والقوة الغضبية وتستعمل القلب.
وابن سينا المتوقي سنة ٤٢٨ هـ) الذي يتحدث عن الإدراك الحسي وفي غيره من موضوعات علم النفس والصحة النفسية .
وتحدث (الغزالي المتوقي سنة ٥١٥ هـ) عن النفس المطمئنة والطبيعة الإنسانية واتساق الشخصية.
و (ابن خلدون المتوقي سنة ٨٠٣ هـ) الذي تحدث عن تأثير المناخ ومستوى الخصب وطراز الحكم السائد ومستوى التطور في السمات الشخصية وما ينشأ عن ذلك من الآثار الجسمية والنفسية على الفرد.
إن إسهامات هؤلاء المفكرين وآخرين غيرهم نماذج جيدة للدراسة الواعية في تاريخ الفكر الإسلامي بعامة وفي تاريخ علم النفس والأمراض النفسية بخاصة (الداهري ، ٢٠٠٨ : ٢١٣ – ٢١٤).

ثالثاً/ المرض النفسي في العصور الوسطى:

وعبر العصور الوسطى حدثت نكسة وعاد الفكر الخرافي وانتشرت الشعوذة وساد الدجل مرة أخرى وعادت فكرة تملك الجن والأرواح الشريرة لجسم المريض ، وتعتبر العصور الوسطى عصورا مظلمة بالنسبة للعلاج النفسي ، فقد عاد العلاج إلى سابق عهده في العصور القديمة ، وفي تلك العصور وفي بعض البلاد كان الأغنياء يشترون "المجانين" وضعاف العقول ويرعونهم مقابل أي عمل يقوموا به.

وقام رجال الدين بمحاولات علاجية تحت اسم (العلاج الديني) أو (العلاج الأخلاقي) ، وكان العلاج يتكون من بعض الأعشاب ومياه الآبار المباركة والتعويذات والأناشيد بقصد طرد الشياطين ، ولم يخل الحال من ربط المريض بالسلاسل وتجويعه وضربه بالسياط بدعوى أن هذه الطريقة تعيد الذاكرة وتفتح شهية المريض (زهران ، ٢٠٠٥ : ٩٧).

رابعاً/ المرض النفسي في العصر الحديث:

لم تكن الظواهر النفسية الشاذة والمرضية بعيدة عن دائرة اهتمام الإنسان عبر مراحل تاريخه الفكري، وإنما كانت واحدة من المشكلات التي دفعت الأفراد والجماعات إلى التفكير بها وتأمل أعراضها والتعرف على أسبابها. غير أن تصوراتهم عنها كانت ، إلى عهد غير بعيد ، أقرب إلى الأسطورة والخرافة. فقد اعتقد الناس في القرون الوسطى أن الحالات النفسية المرضية والاضطرابات العصبية التي تصيب الإنسان ، إنما تحدث بفعل تملك الأرواح الشريرة أو الشياطين أو الجن وسواها من الكائنات غير المرئية للمصاب ، وفي ذلكم الوقت الذي طالب فيه ابن رشد بضرورة معاملة المرضى نفسياً على نحو تزول معه ظروف التعسف والظلم والاضطهاد التي تحيق بهم عبر العصور التاريخية الطويلة ، كان المسئولون في المجتمعات الأوربية يأمرون بعزلهم وسجنهم وتعذيبهم (عامود ، ٢٠٠١ : ٦٥).

ومنذ أن قامت الثورة الفرنسية في سنة (١٧٨٩) أُعيد النظر في الأفكار التقليدية وتعدلت النظرة للمرض النفسي كمرض مثله مثل أي مرض جسمي آخر، وبدأ الاهتمام بالنظرة الإنسانية للمرضى النفسيين ، وفي أواخر القرن الثامن عشر وأوائل القرن التاسع عشر تحسن الحال رويداً رويداً وعمق الفهم وتطور نظام رعاية المرضى النفسيين ، ونشط البحث وظهرت أول مجلة علمية تخصصت في الأمراض النفسية سنة (١٨٠٥) ، وزاد التقدم أكثر وأكثر ، فمثلا قام كرابلين Kraepelin (١٨٥٦ – ١٩٢٦) بعمل تصنيف ووصف للمرض النفسي وحدد أسبابه وأعراضه وعلاجه ومآله ، وأقام أول معهد للبحوث به قسم خاص لعلم النفس التجريبي والمرضي ، ويعتبره البعض أبو الطب النفسي الحديث (زهران ، ٢٠٠٥ : ٩٧ – ٩٩).

وظهرت مدرسة التحليل النفسي بزعامة العالم النمساوي سيجموند فرويد Freud (١٨٥٦ – ١٩٣٩) واهتم بالنمو النفسي الجنسي ، ولقد ركز فرويد على طاقة الليبيدو وهي القوى الكامنة التي تظهر النزعات الجنسية والعدوانية المتأصلة في الإنسان ، والتي تعبر عن نفسها بصورة لاشعورية ، وقدم فرويد نظريته في الشخصية ومكوناتها (الأنا والهو والأنا الأعلى ، والشعور واللاشعور وما قبل الشعور) (المطيري ، ٢٠٠٥ : ٦٠).

وتطور الحال في السنوات الأخيرة إلى حد كبير وزاد الاهتمام لفهم وتفسير الأمراض النفسية ، وبالتالي تعددت وتنوعت أساليب العلاج النفسي فمنها العلاج السلوكي ، والعلاج الممركز حول

العميل (Client) والعلاج بالأدوية وأساليب أخرى كثيرة ، ولم يعد العلاج يقتصر على ناحية دون أخرى بل أصبح يشمل النواحي النفسية والطبية والاجتماعية ، وزاد اهتمام المجتمع والحكومات بإنشاء المستشفيات الخاصة بالأمراض النفسية ، والعيادات النفسية ، وتطورت وتوالت البحوث النفسية ، وتعددت المجلات العلمية الدورية التي تحوي آلاف الدراسات النفسية.

٣- أسباب الإصابة بالأمراض النفسية:

من المعروف أن لكل شيء سبباً .. وأنه لا شيء يأتي من لا شيء ومن المبادئ الرئيسية في أسباب الأمراض النفسية مبدأ تعدد وتفاعل الأسباب ، فمن النادر أن نضع أيدينا على سبب واحد كالوراثة أو صدمة ونقول أنه السبب الوحيد لمرض نفسي بعينه ، بل تتعدد الأسباب إلى الحد الذي قد يصعب فيه الفصل بينها أو تحديد مدى أثر كل منها ، فالحياة النفسية ليست من البساطة بحيث يكون اضطرابها رهنا بسبب واحد .

وتتلخص أسباب الأمراض النفسية في نتيجة تفاعل قوى كثيرة ومتعددة ومعقدة ، داخلية في الإنسان (جسمية ونفسية) وخارجية في البيئة (مادية واجتماعية).

تقسيم الأسباب :

تتقسم أسباب الأمراض النفسية إلى:

أولاً/ الأسباب الأصلية أو المهيئة : وهي التي تمهد لحدوث المرض وهي التي ترشح الفرد وتجعله عرضه لظهور المرض النفسي إذا ما طرأ سبب مساعد أو مرسب يعجل بظهور المرض في تربة أعدتها الأسباب الأصلية أو المهيئة . ويلاحظ أن الأسباب الأصلية أو المهيئة متعددة ومختلفة وربما استمر تأثيرها على الفرد عدة سنوات.

ومن أمثلة الأسباب الأصلية أو المهيئة : العيوب الوراثية والاضطرابات الجسمية والخبرات الأليمة خاصة في مرحلة الطفولة وانهيار الوضع الاجتماعي.

ثانياً/ الأسباب المساعدة أو المرسبة : وهي الأسباب والأحداث الأخيرة والسابقة للمرض النفسي مباشرة والتي تُعجل بظهوره ، ويلزم لها لكي تؤثر في الفرد أن يكون مهيأ للمرض النفسي ، أي أن السبب المساعد أو المرسب يكون دائما بمثابة (القشة التي قصمت ظهر البعير) أو (الزناد الذي يفجر البارود) ، والأسباب المساعدة أو المرسبة تندلع في أثرها أعراض المرض ، أي أنها تفجر المرض ولا تخلقه ، ومن أمثلة الأسباب المساعدة أو المرسبة :

الأزمات والصدمات مثل : الأزمات الاقتصادية والصدمات الانفعالية والمراحل الحرجة في حياة الفرد مثل سن البلوغ وسن القعود وسن الشيخوخة أو عند الزواج أو الإنجاب أو الانتقال من بيئة إلى أخرى أو من نمط حياة إلى نمط حياة آخر .(العيسوي ، ١٩٩٩ : ٥٩ – ٧٢)

ثالثاً/ الأسباب الحيوية (البيولوجية): وهي في جملتها الأسباب الجسمية المنشأ أو العضوية التي تطرأ في تاريخ نمو الفرد . ومن أمثلتها : الاضطرابات الفسيولوجية ومن أهم أسبابها خلل في أجهزة الجسم والتغير الفسيولوجي في مراحل النمو المختلفة ، وعيوب الوراثة ، واضطرابات نمط البنية أو التكوين وهي عبارة عن المعادلة الجسمية النفسية للتنظيم الفردي ، والعوامل العضوية مثل الأمراض والتسمم والإصابات والعاهات والعيوب الجسمية.

رابعاً/ الأسباب النفسية : وهي أسباب ذات أصل ومنشأ نفسي ، وتتعلق بالنمو النفسي المضطرب خاصة في الطفولة وعدم إشباع الحاجات الضرورية للفرد واضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية . ومن أهم الأسباب النفسية : الصراع والإحباط والحرمان والعدوان وحيل الدفاع (غير التوافقية) والخبرات السيئة والصادمة وعدم النضج النفسي والعادات غير الصحية والإصابة السابقة بالمرض النفسي والضغوط النفسية .

خامساً/ الأسباب البيئية الخارجية : وهي الأسباب التي تحيط بالفرد في البيئة أو المجال الاجتماعي ، ومن أمثلتها اضطراب العوامل الحضارية والثقافية واضطراب التنشئة الاجتماعية في الأسرة وفي المدرسة وفي المجتمع . ويلاحظ أن الأسباب الأصلية أو المهيئة والأسباب المساعدة أو المرسبة تتضافر كي تظهر أعراض المرض ، وأهمها يسمى السبب الرئيسي .
ويشير زهران أنه في حالة وجود أسباب مهيئة قوية يكفي سبب مرسب بسيط حتى يحدث المرض . وكذلك في حالة وجود أسباب مهيئة ضعيفة يلزم سبب مرسب قوى حتى يحدث المرض .
ويلاحظ أيضاَ أن السبب أو الأسباب التي قد تؤدي إلى انهيار شخصية فرد قد تؤدي هي نفسها إلى صقل شخصية فرد آخر ، ونحن نعرف أن (النار التي تذيب الدهن هي نفسها التي تجعل البيض يتجمد). (زهران ، ٢٠٠٥ : ١٠٧ – ١٢٥)

٤- النظريات التي تفسر نشوء الأمراض النفسية:

مع تطور علم النفس عبر مراحله المختلفة تطورت أيضا النظريات والمدارس في علم النفس والتي تفسر الأمراض النفسية عند الإنسان وهناك نظريات متعددة في تفسير الأمراض النفسية ويعود ذلك إلى تعدد المدارس النفسية نفسها ، ويشير مصطلح مدرسة في علم النفس إلى الاتجاه العام في دراسة الشخصية وسلوك الإنسان ، والمدرسة تشتمل على عدة نظريات أو اتجاهات فرعية تشترك في الإيمان بمجموعة من المسلمات العامة ، وتحتفظ كل منها بفرضياتها الخاصة التي تميزها عن غيرها من النظريات داخل المدرسة الواحدة .

وتتمثل الاتجاهات الرئيسية في الميدان الإكلينيكي اليوم في: الاتجاه التحليلي الذي أرست قواعده نظرية التحليل النفسي بزعامة "سيجمند فرويد" (Freud) وبعض زملائه وتلاميذه، والاتجاه السلوكي الذي يعتمد على التشريط والتعلم ومن أعلامه "واطسن" (Watson) و "سكنر" (Skinner) والاتجاه الإنساني الذي أخذ يتبلور أخيرا حول نظرية العلاج المتمركز حول العميل لـــ "كارل روجرز" (Rogers) (كفافي، ١٩٩٠: ٢١).

وفيما يلي يقسم الباحث النظريات التي تفسر نشوء المرض النفسي إلى ثلاث فئات: النظريات الأولية في تفسير الأمراض النفسية ، النظريات التحليلية النفسية، النظريات النفسية غير التحليلية.

أولا: النظريات الأولية:

١ - نظرية كريبلين:

لقد اعتمد كريبلين (Kraeplen) على الاتجاه البيولوجي في تفسير الأمراض النفسية حيث اعتبر أن المرض النفسي ينتج عن مرض دماغي ، ولقد درس مختلف الأمراض النفسية وتصنيفاتها وجمعها في فئات مشتركة، ولقد وضع أشهر التصنيفات النفسية والتي ما زالت تمثل الأساس للتصنيفات المعاصرة، ولقد اعتقد بأن الأمراض النفسية هي الأمراض الدماغية لذلك لم يعر اهتمامه للعمليات النفسية الداخلية كاللاشعور والصراعات في نشوء المرض النفسي وكل ما قام بفعله هو التصنيف الدقيق والدراسة العملية في المسببات العضوية، ولقد تتلمذ كريبلين على يد فونت والذي يعتبر أبو علم النفس التجريبي كما أنه طبق نتائج وأدوات علم النفس في الطب النفسي.

قام كريبلين بتقسيم الاضطرابات العقلية الرئيسية إلى فئتين:

أ- العته المبكر: وهو ذلك المرض النفسي الذهاني الذي يمكن تمييزه من خلال أعراضه، ومن أشهر هذه الأعراض الهلاوس والضلالات والتبلد الانفعالي واختلال الوظائف العقلية والسلوك الشاذ.

ب- الجنون الدوري أو الجنون الدائري أو جنون الهوس/الاكتئاب وهو ذهان تنتاب فيه المريض نوبات من الفرح الزائد والحزن الزائد. ولقد وضع تصنيفه هذا على أساس من عمر المريض وبداية الإصابة بالمرض. (العيسوي، ٢٠٠١: ٢٢٠-٢٢١)

ويذكر روزنهان وسليجمان (Rosenhan and Selingman , 1995) أن الأمراض النفسية تنشأ كسوء أداء وظيفي طبيعي أو كعجز كيميائي أو عضوي تشريحي. أي أن الأمراض النفسية تشبه الأمراض العضوية وأنها جميعاً مرض الجسم ويجب معالجتها ضمن منظور طبي عضوي. وأن الأسباب المحتملة للأمراض النفسية هي الاضطرابات البيوكيميائية أو اضطرابات في تركيبة الدماغ، وبناء على ذلك فإن اضطراب الذاكرة قد يحدث بسبب عطب في بعض أجزاء الدماغ المسئولة عن تخزين الذاكرة ، وأن زيادة مادة الدوبامين (Dopamine) في الدماغ لها علاقة بمرض الفصام (Schizophrenia) . وبشكل مشابه يُفسر الاكتئاب بالتركيز على العمليات الحيوية أكثر من التشديد على التفكير المضطرب أو ضعف التوازن النفسي. (Rosenhan and Selingman , 1995 : 47 – 49)

٢- نظرية بيير جانيه:

اعتبر بيير جانيه (Piere Janet) أن التوازن النفسي يصل حدا طبيعيا لدى الإنسان بواسطة مستوى معين من التوتر النفسي وأن السلوك العصابي ينتج عن قلة في الطاقة التي تحافظ على ذلك المستوى من التوتر. ولقد اعتقد بأن ضعف الطاقة النفسية يضعف من قابلية الفرد ويؤدي إلى عزل بعض الأفكار والخبرات عن الشخصية وعدم انسجامها معها وهذه الأفكار والخبرات المنفصلة وغير المتجانسة تبقى خارجة عن الإرادة وعن التنظيم الكلي للشخصية فتظهر على شكل أعراض مرضية مثل السير أثناء النوم والرعشة أو فقدان الذاكرة. فقد ذهب إلى أن كل فرد منا لديه قدر من الطاقة النفسية، ويظل محتفظا بصحته النفسية طالما حافظ على هذه الطاقة، ولكن إذا تعرض لظروف ضاغطة استنفذت قدرا من هذه الطاقة، فإن الفرد يصبح على حافة الخطر وإذا وصل النقص في الطاقة إلى درجة معينة حدث انهيار عصبي للفرد وظهرت الأعراض النفسية (كفافي، ١٩٩٠: ٢٠-٢١)

٣ - النظرية السلوكية:

ترى النظرية السلوكية أن طبيعة الإنسان تختلف عن رؤية التحليل النفسي حيث تنظر إلى الإنسان على أنه ليس شريرا، وأنه خير، وانه يتحكم في قدراته ومدى تعلمه وأنه عبارة عن دمية تتحكم في سلوكه قوة خارجة عن إرادته، وبهذه الرؤية صورت هذه النظرية الإنسان أشبه بآلة يُتحكم فيها عن طريق تقديم مثيرات للحصول على استجابات تشكل في النهاية سلوك الإنسان المحدد أو المطلوب. (إسماعيل، ٢٠٠١: ٥٢)

ويعتبر جون واطسون Waston هو مؤسس هذه المدرسة ولقد عرف السلوكية بأنها توجه نظري قائم على مبدأ أن علم النفس العلمي يجب أن يدرس فقط السلوك القابل للملاحظة، و قد اقترح واطسون عام ١٩١٣ على علماء النفس أن يتركوا للأبد دراسة الوعي و الخبرات الشعورية و التركيز فقط على السلوكيات التي نستطيع ملاحظتها مباشرة و قد تمسك بهذا

المبدأ بناءا على اقتناعه بأن قوة الطريقة العلمية قائمة على كونها قابلة للفحص أي أن الإبداعات العلمية يمكن إما فحصها أو رفضها و ذلك عن طريق القيام بالملاحظة المطلوبة، و أن استعمال أي أسلوب سيعيدنا إلى عصر الآراء الشخصية حيث تضيع المعرفة. و ترى هذه المدرسة بأن السلوك هو أي استجابة أو نشاط قابل للملاحظة تقوم به العضوية، و يصر واطسون أن علماء النفس لابد وأن يدرسوا ما يقوله الناس أو يفعلونه مثل التسوق، لعب الشطرنج، الأكل، مجاملة صديق. كما تطرق واطسون إلى موضوع أصل السلوك و هل هو وراثي أم بيئي، و قد بسط هذه القضية المعقدة أنه طرح سؤال بسيط حول لاعب شطرنج مشهور: هل الذي أوصله إلى الشهرة الوراثة أم البيئة؟ و كان رأي واطسون أن كل شيء بيئة، لقد أهمل عامل الوراثة و ركز على أن السلوك محكوم كليا بالبيئة ومن هنا جاءت المعادلة الرئيسية في المدرسة السلوكية :
المثير -> استجابة

وبالرغم من الجدل والنقاشات والتي أثارتها أفكار واطسون إلا أن المدرسة أثبتت أقوالها وازدهرت، ومما ساعد في تطور هذه المدرسة هي دراسات عالم الفسيولوجيا الروسي إيفان بافلوف Bavlov والذي استطاع في تجاربه أن يدرب الكلب على سيلان لعابه عند سماعه رنين الجرس، ولقد أدت سيكولوجية المثير والاستجابة أيضا إلى ازدهار علم النفس الحيواني، حيث أجريت الكثير من البحوث في هذا المجال وقد تزامن هذا التقدم في البحث في السلوك الحيواني مع دعم فكرة السلوكيين بأنه لا ضرورة لدراسة السلوك الإنساني لأنهم لا يعطون أهمية لعامل المشاعر والرغبات والإرادة والحرية لدى الإنسان، وعامل آخر في دراسة سلوك الحيوان (السيطرة على الحيوان أسهل من السيطرة على الإنسان) ومراقبة الحيوان أسهل من مراقبة

الإنسان، وبحالة الإنسان هناك عوامل كثيرة تتدخل ، بينما في الحيوان تَدَخُّل العوامل الخارجية قليل (حقي، ١٩٩٥ : ١٦٩-١٧٢).

ثانيا: النظريات التحليلية النفسية:

يعتبر الاتجاه التحليلي اتجاه عريض يضم العديد من المدارس والتوجهات النظرية، بعضها خرج على مؤسس النظرية سيجموند فرويد وكون له مدارس خاصة، مثل"كارل يونج" (Yung) الذي أسس "علم النفس التحليلي". و"آلفرد آدلر" (Adler) الذي أسس علم النفس الفردي". كما أن بعض تلاميذ فرويد مثل "كارين هورني" (Horney) و "اريك فروم" (Fromm)، و"هاري ستاك سوليفان" (Sulivan) طوروا في نظريته، وإن اعتبروا أنفسهم تحليلين، ولا يزالون ينضوون تحت اللواء التحليلي الفرويدي، ولذا يسمون بـــ"الفرويديون الجدد".

وبالرغم ما قدم من انتقادات للمنحى التحليلي النفسي في تفسير الأمراض النفسية فإنه لا ينفي حقيقة مؤداها أن لهذا المنحى الفضل في كبح جماح وسيطرة المنحى الكربليني (نسبة إلى كريبلين) في تفسير الأمراض النفسية وتوجيه الدفة إلى البحث عن العوامل والأسباب النفسية التي كانت موضع تجاهل كبير. (يوسف، ٢٠٠١: ٨١)

وفيما يلي يستعرض الباحث أهم النظريات التحليلية التي أسسها فرويد وتلاميذه.

١ -نظرية التحليل النفسي:

بينما هيمنت السلوكية على علم النفس في أمريكا وإلى حد ما في بريطانيا، خلال الأربعين سنة الأولى من القرن العشرين، بدأت مدرسة أخرى بالتطور في فيينا هي مدرسة التحليل النفسي التي طوَّرها سيجموند فرويد وكان فرويد طبيب أمراض عصبية يبحث في التشريح للأدمغة ومما تتكون وكيفية علاجها بالعقاقير الطبية، ومن خلال مراجعات المرضى لعيادته في فيينا لاحظ فرويد ظاهرة وهي ما كان يسمى قديما بالشلل الهستيري والذي تغير اسمه إلى العصاب التحولي (الهستيريا التحولية)، وهو عبارة عن شلل بأحد أعضاء الجسم أو فقدان البصر أو السمع أو أحد الحواس، وأنه ليس هناك أي سبب عضوي لهذا المرض وهذا ما أثار الفضول العلمي لدى فرويد، مما جعله يتأكد بأن هناك أمراض ناتجة عن أسباب غير عضويه، وعندما حاول فرويد علاج هذا المرض استخدم في علاجه عدة طرق منها التداعي الحر أو التفريغ الانفعالي، والتنويم المغناطيسي، وتحليل الأحلام، والكتابة ولاحظ أن هناك تحسن ملحوظ في حالات الشلل الهيستيري ثم بدأ بالبحث وإصدار النظريات حول التحليل النفسي وأطلق على مدرسته مدرسة التحليل النفسي. وتتلخص نظرية فرويد حول سلوك الإنسان بأنها عبارة عن

ثلاث أجزاء (الهو Id والأنا Ego والأنا الأعلى Superego) ولكل منهم وظيفته، فالهو عبارة عن الحاجات البيولوجية الأولية للشخص كالأكل والنوم والجنس ولا عقل لها تفكر به وتميز بين ما هو صحيح أو خطأ ولكنها فقط تطلب من الشخص حاجاتها وبالذات الحاجات الجنسية ولكن بأشكال مختلفة، فاللذة الجنسية لدى نظرية فرويد تكمن في كل أجزاء الجسم سواء عن طريق الأكل ومضغ ومص الطعام أو حضن الأم للطفل أو عملية الإخراج أو اللمس الجسدي، والهو قائمة على مبدأ اللذة فقط وتحقيقها، تماما كالطفل عندما يحتاج أي شيء كالأكل أو الإخراج أو الحضن دون التفريق بين الحق والباطل والوقت المناسب وغير المناسب، أما الأنا : فهي عبارة عن مدركات الشخص للواقع من حوله وتنمو الأنا مع التنشئة الاجتماعية للطفل فيبدأ يميز طلبات الهو Id وما هو ممكن تحقيقه أو مالا يمكن تحقيقه، وتسعى الأنا إلى التوفيق بين الواقع والوقت والطلب المناسب وكيفية تحقيقه، أما الأنا الأعلى فهي ضمير الإنسان ومعرفة ما يجوز وما لا يجوز، وهي التي تضغط على الأنا بتحديد طلبات الهي فإما بالموافقة وإما الرفض أو الموازنة.

والصحة النفسية كما يقول مرسي تعني قوة الأنا ونجاحها في تحقيق التوازن بين مطالب الهي والأنا الأعلى والواقع، أما وهن الصحة النفسية فيعني ضعف الأنا وعجزها عن تحقيق هذا التوازن، إما لسيطرة مطالب الهي، فيصطدم الإنسان بالواقع، أو سيطرة مطالب الأنا الأعلى، فيقسو الإنسان على نفسه، ويكبت رغبات الهي (مرسي، ١٩٨٨: ٨٨).

٢ -نظرية يونغ:

كان يونغ (Yung) زميلا لفرويد وتلميذا له ثم افترق عنه وأنشأ ما يسمى بعلم النفس التحليلي وتتلخص نظرية يونغ بأن مجموع طاقات الحياة أو اللبيدو (Libido) والذي سماه فرويد طاقة جنسية هو ليس جنسيا فقط بل هو ذخيرة كبيرة من غرائز الحياة كلها. وأن اللاشعور الذي ذكره فرويد يمتد إلى أعماق أكبر بحيث ينطلق من اللاشعور الفردي ليلتقي باللاشعور الجمعي العام عند الناس. ولقد سمى يونغ اللاشعور الجمعي باسم اللاشعور السلالي والذي يحتوي على ذخيرة البشرية من عادات وتقاليد ولقد قسم يونغ الشخصية إلى نمطين: نمط منبسط ونمط منطوي ولكل نمط صفاته الخاصة به وتنشأ الأمراض النفسية نتيجة الاندفاع والإلحاح في تلك الطباع والصفات التي تميز كل نمط وكذلك من مقاومتها ومحاولة تبني لطباع الأخرى.
ويقول يونغ عن اختلافه مع فرويد وأدلر "لا أستطيع اتهام أي من هذين الباحثين بالخطأ، وإنما أحاول تطبيق كلتا الفرضيتين على قدر المستطاع، لأني أسلم تسليما تاما بجدواهما النسبية. ولولا

أنني عثرت على وقائع اضطرتني إلى تعديل نظرية فرويد، ما كنت لأحيد عن طريقه ونفس الشيء ينطبق على علاقتي بوجهة نظر أدلر. (خياطة، نهاد عن يونغ، ١٩٩٧: ٨٢)

٣- نظرية آدلر:

يعتبر آدلر (Adler) الزميل الثاني لفرويد مع يونغ ولقد افترق عنهم وكون ما يعرف باسم علم النفس الفردي، ولقد اعتبر آدلر أن الطاقة الدافعة للإنسان ليست جنسية وإنما هي إرادة القوة وحب السيطرة وأن الشعور بالنقص يدفع الفرد للتعويض عنه للحصول على القوة والمكانة. فإذا استطاع التعويض زال عنه شعوره بالنقص وأصبح التعويض وسيلة دفاعية تعزز الثقة بالنفس وتعيد للشخصية توازنها، أما إذا فشل في إيجاد التعويض المناسب فيتحول الشعور بالنقص إلى عقدة النقص وهي مصدر أساسي للأمراض النفسية بشكل عام والعصاب بشكل خاص وقد تكون مصادر الشعور بالنقص المدرسة أو الأسرة أو المجتمع.

وبنى "أدلر" نظريته في سبب الإصابة بالحالات النفسية الشاذة على ما سماه " طابع الرجولة" الذي يستمد من حب المرء للحياة وحبه للسيطرة على غيره فيها، وهو أساس تعلق المرء بنفسه، وسعيه ليحل في أول الصفوف بأي ثمن كان. (دويدار، ١٩٩٦: ٩٠)

وترى نظرية أدلر الشخص باعتباره جزءا من المجتمع لا سبيل لوجوده بمفرده في الحياة وهو إما في حالة توافق وانسجام مع محيطه وإما في حالة إحجام لا يلبث أن يراها نتيجة نقص فيه وبذلك يكون دائم التفكير في مداراة هذا النقص وإذا لم ينجح ظهرت عليه الأعراض المرضية لذلك تعتقد هذه النظرية أن جميع الحالات النفسية سببها الفشل في الوصول إلى غرض ثابت وقصد محدد.

٤- نظرية ايريك فروم:

اتجه فروم (Fromm) إلى الدراسات الانثروبولوجية وعلم النفس الاجتماعي للتأكيد على أن الأمراض النفسية لا يمكن فهمها جيدا إلا في ضوء العلوم الاجتماعية وأن ميول البشر ليست غريزية فقط كما يقول فرويد بل ميول حياتية نحو الحب والقوة والمكانة وحدد للشخصية نوعين: الشخصية المنتجة وهي الشخصية الوحيدة الناضجة والشخصية غير المنتجة أي غير الناضجة وتظهر الشخصية غير الناضجة بأشكال متنوعة فمنها الشخصية الاستغلالية والمدخرة و الاستهلاكية وهذه الشخصيات غير الناضجة عرضة للاضطرابات النفسية فيظهر عند الاستغلالية العنف والحيلة للوصول على ما تريد إضافة إلى الغيرة المرضية أما الشخصية المدخرة فيغلب عليها القلق والتقيد الصارم بالنظام والتزمت وهي عرضة للوساوس والأفعال القهرية، في حين يغلب على الشخصية الاستهلاكية التقلب الانفعالي والكآبة.

ويقول كولز أن المشاعر والتصرفات بالنسبة لفروم تعد محاولات للعثور على إجابة للوجود، ومحاولات كذلك لتجنب الخبل. وقد عكس "فروم" السؤال المعتاد: لماذا يغدو بعض الناس مرضى عقليا؟ ليسأل: لماذا يتجنب معظم الناس الوقوع في براثن المرض العقلي؟ موحيا بذلك إلى أن الفارق الوحيد بين الصحيح عقليا والعصابي يكمن في عثور الفرد السليم على إجابة لوجوده تشبع معظم حاجاته (كولز، ترجمة الدماطي، ١٩٩٢: ٤٥٠-٤٥١).

ثالثا: النظريات النفسية غير التحليلية:

وهي جميع النظريات الأخرى في علم النفس والتي لا تتبع المنهج التحليلي في تفسيرها للمرض ومنها:

١- نظرية أدولف ماير السيكوبيولوجية:

وتسمى نظريته بالنظرية النفسية البيولوجية، وهو طبيب نفسي أمريكي ويطلق عليه عميد الطب العقلي في أمريكا، والأمراض عنده عبارة عن استجابات شاذة ولقد ركز على الوظائف السيكولوجية والبيولوجية في عملية التكيف مع البيئة. اعتبر أدولف ماير (Adolf Meyer) أن المرض النفسي لا يمكن تفسيره بعامل واحد كما قال كريبلين بل أن هناك عوامل متعددة ومتفاعلة تحدث المرض النفسي كالوراثة وفترة الحمل والرضاعة والطفولة وطرق التربية والخبرات ويعتبر سلوك كل شخص رد فعل لمجموعة كل هذه العوامل، والمرض النفسي هو فشل الفرد في تقبل طبيعته كما هي والعالم الخارجي كما هو أي فشل في التكيف وعدم الانسجام بين القدرات التي يحملها الفرد وأهدافه وطموحاته مما يولد عنده الشعور بالنقص والقلق والعصاب، وأن ردود الأفعال الخاطئة على المواقف المتنوعة تتخذ أسلوبا اعتياديا وهو المرض النفسي وكل مرض نفسي هو نموذج رد فعل مرضي وهكذا فإن مدرسة أدولف ماير تمزج بين الإنسان العضوي البيولوجي والإنسان النفسي وتاريخه الاجتماعي والتربوي لكي ينتج عنها إنسان حي فاعل وفريد.

ويقول جلال أن أدولف ماير كان رأيه في الاضطرابات التي ترتبط بأسس عضوية في أنها اتجاهات أو عادات للتكيف أو سوء التكيف تقوم على نقص عضوي والنقص العضوي في بعض الحالات أولي وفي البعض الآخر ثانوي وكان يرى أن المرض العضوي أو البيولوجي من اختصاص الطبيب أو الجراح، أما تصحيح الاضطرابات السلوكية فمن اختصاص عالم النفس بصرف النظر عن مصدرها (جلال، ١٩٨٦: ٥٥).

أيضا يفرق أدولف ماير بين كل مريض وآخر حيث يقول أن كل مريض يختلف عن المريض الآخر وحتى لو كان لديهما نفس المرض، وأن أدق صورة عن المريض هي الناتجة عن وصف المريض نفسه ووصف مشكلته. (أبو حجلة، ١٩٩٨: ١٧).

٢ - نظريات التعلم والسلوكية الحديثة:

تعتبر المدرسة السلوكية بكافة اتجاهاتها أن المرض النفسي هو سلوك متعلم ويصبح عادة تلازم الفرد خلال حياته وأن الأعراض المرضية يتعلمها الفرد خلال مراحل نموه وتستند هذه النظرية إلى دراسات بافلوف وواطسون ، وتقرر هذه المدرسة أن سلوك الفرد هو محصلة لتفاعل العادة مع الدافع ""السلوك= العادة x الدافع" أي استجابة للحافز بالإضافة إلى اهتمامات الشخص ورغباته ومشاعره والشخص السوي هو الذي تعلم واستجاب بالأسلوب الصحيح في حين أن المرض النفسي هو تعلم خاطئ أو عادة متعلمة سيئة ويمكن علاج هذه العادات السلوكية السيئة والخاطئة عن طريق العلاج السلوكي وفك الارتباط باعتبار التعلم هو ارتباطات بين المثيرات والاستجابات. والمرض النفسي حسب هذه النظرية (والعصاب خاصة)- بما فيه من آليات الدفاع والأعراض- يتعلمه المريض ويتميز العصاب بوجود (التعاسة) والعصابي يلاحقه الفشل في فهم وحل مشكلاته. ويؤدي الخوف إلى خلق الصراع الذي يمنع حدوث الاستجابات التي تساعده في بلوغ الهدف وبالتالي يؤدي إلى خفض حوافز أخرى كالجنس والعدوان، وتعتبر الحوافز غير المشبعة باعثا على القلق وسوء التكيف والمرض. ويتبنى المنحى السلوكي في الأمراض النفسية منظورا مختلفا عن المناحي البيولوجية والتحليلية ويعتبر أن الأعراض أي السلوكيات التي تهجم على المريض هي في حد ذاتها الاضطراب وأن هذه الأعراض تتم من خلال عملية تعلم أو تشريط كتلك التي نتعلم بها السلوك السوي، ولأنها ضارة فإنها توصف بأنها استجابات متعلمة غير تكيفية. وحسب هذه النظرية أن الأشخاص الذين يعانون من أمراض نفسية لديهم سلوك " سلبي " لا يساعدهم على تحقيق أهدافهم والاستمتاع بعلاقاتهم وهذا السلوك هو سلوك متعلم . (الريماوي ، ٢٠٠٦ : ٦٢٩)

٣ - النظريات المعرفية:

تعتبر المدرسة المعرفية من أحدث المدارس في علم النفس بصفة عامة وفي مجال العلاج النفسي وتفسير الأمراض بصفة خاصة ولقد بدأ علم النفس المعرفي عام (١٩٥٠) بدراسة الآليات العقلية كالإدراك، والانتباه، والذاكرة، والتفكير، واللغة رغم اعتراض السلوكيين. واهتم علم النفس المعرفي بمعرفة العمليات العقلية لدى البشر لجمع المعلومات من محيطهم الخارجي.

وعرفت سنوات الخمسينيات ولادة الكمبيوتر والرجل الآلي كفرع من علم عرف باسم الذكاء الاصطناعي، ولقد آمن بعض علماء النفس المعرفيين أن بناء آلات كهذه تقوم بنجاح بإنجاز مهمات مثل حل مشكلة ما أو تمييز الأوجه، ولقد ساعدت التطورات في مجال الكمبيوتر الباحثين لوضع تصورات للوظائف العقلية وبالتالي إلى الاهتمام بالمدرسة المعرفية ويرى المعرفيون أن هناك أربعة مصادر رئيسية من القصور المعرفي ترتبط بظهور الأمراض النفسية:

١- نقص المعلومات وقصور الخبرة في حل المشكلات.
٢- أساليب التفكير الخاطئة.
٣- معتقدات الفرد وأفكاره عن نفسه وعن الآخرين والمواقف التي يتفاعل معها.
٤- التوقعات السلبية.

ولقد ضمن العديد من علماء النفس المعرفيين مفهوم المخططات في أعمالهم عن العقل البشري. ولقد اقترح عالم النفس السويسري جان بياجيه Piaget بان المخططات تسير عبر تغير رئيسي من الطفولة إلى فترة البلوغ، وتبعا لبياجيه فان الطفل لا يفسر الأشياء بنفس الطريقة التي يفسرها الكبار، وأن الأشياء لا تظهر حقيقة في عقل الطفل الصغير طالما أنها خارج إدراكه، لكن من خلال الخبرة يدرك الأطفال ماهية الأشياء. فالخبرة تلعب دورا حاسما وأساسيا في تطوير المخططات بشكل ناضج (Wortman et al, 1992: 13).

ويعد بياجيه الأب الأول للبحث والتنظير الحديث في تطور الجانب المعرفي في الطفولة. ولقد استمد بياجيه معلوماته وأفكاره من ملاحظة الأطفال وخاصة أبنائه. ومن هذه الملاحظات استطاع ابتكار عدداً من المفاهيم والمفردات اللغوية التي تصف كيف يفكر الأطفال.

ومن هذه المفاهيم مفهوم المخطط Schema وطبقا لبياجيه فالمخطط هو الوحدة الأساسية للتفكير والفعل. والمخطط هو نوع من الصيغ العقلية عن كيف يسير العالم تلك الصيغ التي يمكن تعميمها أو تغييرها من موقف لآخر. (منصور والشافعي، ٢٠٠١: ٨٠-٨١).

ومن العلماء الذين أسهموا في تفسير الأمراض النفسية من خلال المنحى المعرفي آرون بيك Beck الذي صاغ نظرية فسر على أساسها حدوث الاضطرابات الانفعالية بصفة عامة والاكتئاب بصفة خاصة في ضوء الآراء السلبية التي يحملها المريض عن نفسه وعن العالم والمستقبل. وسليجمان Seligman والذي قدم نظرية في العجز المتعلم لتفسير الاكتئاب ورأى أن الاكتئاب عند الإنسان مشابه للسلوك السلبي الذي تظهره حيوانات التجارب. وكذلك

أبرامسون وزملائه ,.Abramson et al والذين قاموا بالتعديل على نظرية سيلجمان وسموها نظرية اليأس. هذا بالإضافة إلى ألبرت أليس Ellis والذي تعرف نظريته في تفسير الاضطرابات النفسية باسم ABC (Accident Believes Consequences) أي نتائج تبعات الحدث على المعتقدات وترى النظرية أن كل الناس يفكرون بطريقة افتراضية استدلالية لذلك يصابون بالاضطراب الانفعالي.

ومن معتقدات القائلين بالمنحى المعرفي ما يلي:

١- يجب على علماء السلوك دراسة العمليات العقلية مثل: التفكير والإدراك والذاكرة والانتباه وحل المشكلة واللغة.

٢- يتعين أن يسعوا إلى اكتساب معلومات دقيقة عن كيف تعمل هذه العمليات وكيف يمكن تطبيقها في الحياة اليومية.

٣- لابد من استخدام الاستبطان وكذلك المناهج الموضوعية.

٤- أن فكرة "النموذج العقلي للواقع" هي فكرة مركزية في علم النفس المعرفي.

وتتبع جذور علم النفس المعرفي من كل من المدرسة الوظيفية وعلم نفس الجشتطلت والمدرسة السلوكية (عبد الخالق وآخرون، ٢٠٠٤: ٨٠-٨١).

٤- النظريات الإنسانية:

إذا كانت السلوكية تمثل تيارا من أقوى التيارات المعاصرة في علم النفس، فإن هذا لم يحل دون ظهور تيارات أخرى مختلفة ومعارضة، ومن هذه التيارات علم النفس الإنساني، وهو اتجاه أو مذهب حديث في علم النفس بدأ في الخمسينات من هذا القرن وهو يمثل نظرة أو فهم للإنسان عند تناولنا بالدراسة النفسية له أكثر مما يمثل مدرسة مستقلة متبلورة ومحددة في دراسة سيكولوجية الإنسان على نحو ما نجدها في المدرسة السلوكية أو مدرسة التحليل النفسي ويرى البعض أن علم النفس الإنساني يمثل قوة ثالثة في علم النفس تقف بين السلوكية والتحليل النفسي (أبو نجيلة، ٢٠٠١: ١٤-١٥).

ولقد ظهرت النظرية الإنسانية عام(١٩٤٠) ، وما زال لها شعبيتها إلى الآن، وقد تطورت عن أعمال كل من أبراهام ماسلو Maslow وكارل روجرز Rogers. ولقد نشأ الاتجاه الإنساني إلى حد ما كرد فعل ضد فرويد وذلك عندما رفض أدلر اعتبار الغريزة كأساس للسلوك وأبرز المدركات الحسية واحتمالية نمو الأشخاص(Nietzel et al, 2002: 51)

والنظريات الإنسانية تختلف عن النظريات الأخرى في رؤيتها للكائن البشري على أنه مختلف عن بقية الحيوانات أو الآلات بامتلاكه للإرادة الحرة، أو قابليته لاتخاذ القرار في مختلف أنواع السلوك، وبذلك يمكنه أن يتحكم أو أن يوجه حياته. وآمن أنصار هذه المدرسة أيضاً أن كل كائن بشري هو كائن فريد، لذلك فإن الطريقة الأفضل لفهم الإنسان لن تكون بإجراء التجارب على عدد كبير من البشر، بل بالتركيز على دراسة التجارب الشخصية للأفراد بكثير من التفصيل. وأسس العالم كارل روجرز طريقة في العلاج ترتكز كلياً على المريض وجهوده في معالجة نفسه، إضافة إلى استبدال الصور السيئة التي يعرضها دماغه عندما يهب للقيام

بأي تصرف، إذ يكتسب الإنسان هذه الصور التي يعرضها دماغه في كل موقف حياتي من المجتمع المحيط به. فإذا كانت قيم هذا المجتمع فاسدة، فسيُشكــل أفراده بمواقفهم مرجعيات فاسدة في أذهان أبنائهم. ودور المعالج في النظرية الإنسانية أقرب إلى دور المرشد الذي يرشد المريض ويساعده في معرفة العوامل التي يعتقد أنها سبب سلوكه الشاذ ويقدم المعالج في هذه النظرية عدداً من البدائل أمام المريض ولا يفرض عليه شيئا ولكنه يترك له حرية الاختيار وان كان يساعده على الاختيار الصحيح ولقد استخدم روجرز تعبير عميل (client) بدلا من تعبير مريض (patient).

وبالإضافة إلى قطبي النظريات الإنسانية ماسلو وروجرز يوجد علماء آخرون اختصوا لأنفسهم نظريات فرعية جنحت نحو الوجودية تارة ونحو الظاهرتية تارة أخري وسوف نقوم باستعراض لكلا النظريتين:

أ. النظرية الوجودية:

نشأت هذه النظرية كحركة في علم النفس والعلاج النفسي المعاصر في مختلف أنحاء أوروبا وترتكز على أن الفرد الموجود هو الموضوع وأن الإنسان هو محور الوجود وتؤكد على أمرين هما:

- وعينا بوجودنا وهو الوعي الذي يقود للاعتراف بأننا ندمر ونوقف هذا الوجود، والذي يمكن أن يشمل الموت، أو أن يكون أقل من ذلك ، عندما تفقد حياتنا اتجاهها ومعناها وعندما نشعر بالعزلة الشخصية.
- التأكيد على أننا كبشر أحرار في عمل اختياراتنا ومن ثم نكون مسئولين عن اتخاذ القرارات التي يكون لها على المدى الطويل مترتبات على وجودنا (Holmes, 1994: 37).

ومن أصحاب هذا الاتجاه كارل جاسبر (Jasber) و رولو ماي (May). والقلق حسب هذه النظرية هو خوف من الموت الذي يهدد الوجود والشعور بالإثم عن عدم استطاعة الفرد إنجاز ما يقدر عليه والاكتئاب هو شعور بتوقف الزمن الذاتي وان فهم المريض يتطلب معايشته في دنياه والسير معه حتى يدرك معنى وجوده.

ويؤكد أصحاب الاتجاه الوجودي على خمسة مبادئ أساسية في تفسير السلوك المرضي:

١- السياق: أي الموقف والمجال الذي يحدث فيه السلوك في ضوء خبرة الشخص نفسه.
٢- الهدف: فلكل سلوك سوي كان أم مرضي غاية وهدف فهو بمثابة وظيفة في حياة الشخص.
٣- الدراما الشخصية للعلاقة المتبادلة بين الشخص والآخرين: فكلما كانت هذه العلاقة مضطربة كان ذلك دليل الاضطراب النفسي.
٤- الأحداث الحاسمة والحرجة التي يمر بها الشخص في ضوء مرحلة نموه.
٥- تجسيد السلوك المرضي: وتعبيره عن الشخصية بكاملها وبكل مقوماتها. (عبد الله، ٢٠٠١: ٢٠٤).

وتُعارض النظرية الوجودية النظرة التي تقسم الشخص من الداخل لانقسام الذات على نفسها ومن الخارج لأخطاء تصور العلاقة بين الأشخاص وبين الأشخاص والعالم كما تعارض أيضا النظر إلى الإنسان على أنه آلة أو نتاج للدوافع اللاشعورية، وعمليات التشريط والمحددات الفسيولوجية.

ب. النظرية الظاهرتية:

تركز النظرية الظاهرتية على إدراك الفرد للعالم من حوله، فكل شخص ينظر إلى العالم بطريقته الخاصة ويفسره بطريقة تختلف كثيرا أو قليلا عن تفسيرات الآخرين، وبحسب النظرية الظاهرتية فإن وعي الفرد بمجاله الظاهرياتي يعتبر أمرا مهما للغاية، فكثير من الخلافات والتعارض المرير يظهر حتى بين الأشخاص الذين يعملون بإخلاص وحسن نية وذلك لأن الخصوم لا يدركون الاختلافات القائمة بينهم في مجالاتهم الظاهرتية ولهذا لا يستطيعون فهم عدم اتفاقهم، والتفسير الوحيد الذي يلجأ إليه أي واحد منهم هو أن الطرف الآخر غير آمن.

وتركز النظرية الظاهرتية على مفهوم الذات الذي يشكل حيزا من الوعي الظاهرياتي للإنسان ومفهوم الذات هو رأي الشخص عن نفسه الذي اكتسبه خلال خبرات حياته المختلفة كما انه جزء على درجة كبيرة من الأهمية من رأي الشخص عن عالمه فمثلا إذا رأي الإنسان نفسه الداخلية جميلة سيرى الوجود جميلا (كن جميلا ترى الوجود جميلا).

٥- نظرية الجشتطلت:

ظهرت مدرسة الجشتطلت في ألمانيا عام (١٩١٠) كرد فعل رافض للبنائية والسلوكية وذلك على يد ثلاثة من العلماء النفسيين الشبان وهم: ماكس فريتمر (Max Wertheimer) و كيرت كوفكا (Kurt Koffka) و فولفجانج كوهلر (Wolfgang Kohler) . وهي تقوم على أساس من التحقيق العلمي والتجريب الدقيق وعدم قصر البحث على جدران المعمل وتأكيد التفاعل الدينامي في نظام موحد، والتوازن بين التوترات، والتنظيم الداخلي وأهمية الإدراك وصلته بتنظيم الشخصية ووظائفها ونموها بما في ذلك التحريف في الإدراك، والنظرة إلى أن الماضي له معنى فقط إذا كان حاضرا (مليكة، ١٩٩٢: ٣٩).

وعند الجشتالطيون الكل لا يساوي مجموع الأجزاء كما تقول السلوكية أي لا يتشكل السلوك فقط عن طريق مجموعه من المثيرات البيئية التي يتعرض لها الفرد وإنما (الكل = مجموع الأجزاء + النظام العقلي للإنسان = سلوك) ومن هنا أطلق على مدرستهم بالجشتطلت. فكلمة "جشتطلت" ذاتها تشير إلى المنحى الأساسي الذي تأخذه هذه النظرية في تفسير الظواهرالنفسية، فهذا المصطلح الألماني يعني"الشكل" أو "الصيغة" أو "التنظيم" وهي عبارة عن مثير بيئي +عمليات عقلية + استجابة = سلوك (منصور وآخرون، ١٩٨٤: ٣٥).

ولقد ركزت مدرسة الجشتطلت على دراسة الخبرة الذاتية الكلية ومن أهم ما قدمه علماء هذه المدرسة بحوثهم في مجال الإدراك وتحديدهم لقوانين المجال الإدراكي (الشكل والخلفية ، التشابه ، الإغلاق ، التقارب ، الاستمرارية) . وترى النظرية الجشتطلتية رؤى جديدة منها:

أ- الكائن الحي ليس آلة صماء ، ويجب ألا نفسر سلوكه تفسيراً آلياً بحتاً ، وأن الكائن الحي عبارة عن منظومة ديناميكية أساسها "الطاقة" ولذلك يجب أن نفسر سلوكه على أساس من القوانين الديناميكية العامة التي نفسر بها الظواهر الطبيعية الأخرى كهبوب الرياح وسقوط الأمطار.

ب- ليس الكل هو مجموع الأجزاء أو العناصر ، سواء كان هذا الكل مركباً كيميائياً أو جسداً إنسانياً ، لأن تحليل الظاهرة يذهب بسماته الكلية الفريدة والمميزة لها وهذا ما نعنيه بأن للكل خصائص فريدة مغايرة تماماً لخصائص الأجزاء (الطويل، ١٩٩٥ : ٥٣).

والافتراض الأساسي لدى الجشتطلتيون هو التنظيم العضوي أي القدرة على إشباع الحاجات من خلال اختيار ما يفيد من البيئة وذلك لا يعني الاختيار الصحيح بقدر ما يعني تصويب أخطاء الاختيار والخلاصة أن مُنظري الجشتطلت يرون الخلل في عملية الوعي بالحاجات البارزة المؤدية إلى عدم التوازن هو مصدر المرض النفسي . والشخص المريض ليس على وعي بأي

من حاجاته وهو غير قادر على تنظيم حاجاته في شكل متدرج ، أو يكون غير قادر على الحصول على إشباع حاجاته ، ويتجه إلى حالة من المرض في صورة ازدراء أو إسقاط أو استدماج أو استغراق أو تشرب.

وترى النظرية الجشتطلتية الصحة النفسية في القدرة على العيش هنا والآن بشكل حقيقي ، بينما يتجلى المرض في تزوير الواقع الذاتي والوجودي ، والهروب في الماضي أو المستقبل ، أي الهروب من متعة وقلق العيش الكثيف للتجربة الوجودية في الحاضر (حجازي ، ٢٠٠٠ : ٤٢).

٦- النظريات الاجتماعية أو البيئية:

تدرس هذه النظريات علاقة العوامل البيئية الفيزيقية والاجتماعية بالأمراض الجسمية والنفسية ، والبيئة الفيزيقية هنا تعني البيئة الجغرافية ودرجة الحرارة والمناخ والضوضاء ، أما المتغيرات الاجتماعية فتعني القواعد والأعراف التي تُحرك سلوك الناس في مجتمع ما وتلعب القوة الاجتماعية دوراً أساسيا في نشأة الكثير من الأمراض وتبعاً لهذه النظرية فإن سبب المرض النفسي لا يقع في الشخص بقدر ما يقع في أنماط العلاقات مع الآخرين وأساليب الاتصال والصلات القرابية غير المتوازنة ، فسلوك الشخص المريض هو عرض لمشكلات مجتمعية خاصة في الأسرة ولقد نشر كابلان ١٩٨٣ (Kaplan) نموذجه لبيان دور المؤثرات النفسي الاجتماعية في نشأة الأمراض النفسية عامة ، والتركيز على الاكتئاب خاصة ويتضمن نموذج كابلان محورين أساسيين يتفاعلان معاً لإحداث المرض هما:

١- المؤثرات الاجتماعية المحددة.

٢- مجموعة من العمليات النفسية ذات تأثيرات متبادلة وهي العمليات الوجدانية ، والعمليات المعرفية ، والعمليات السلوكية (يوسف ، ٢٠٠١ : ١٤٢-١٤٣).

٧- المنحى التفاعلي (البيولوجي ، السيكولوجي ، الاجتماعي):

يعنى بهذا المنحى هو اختيار النظرية المناسبة من النظريات السابقة لتفسير المرض النفسي بما يناسب المرض وذلك لأن الإنسان كيان بيولوجي يتعرض لتغيرات فسيولوجية قد تسبب الأمراض النفسية ولأن الأمراض النفسية لها مصاحبات اجتماعية وبيئية ولأن الإنسان مخلوق لديه المشاعر التي تتصارع عادة وتؤدي إلى الخلل النفسي ولأن البشر كذلك لديهم أفكار مؤلمة وسلوكيات غير تكيفية وكذلك لأن المرض الواحد قد ينشأ نتيجة لأكثر من سبب وأن الأسباب المختلفة قد تتحد لتنتج مرضاً ما.

ونظراً لأن كل من النظريات التحليلية والإنسانية في تفسير المرض النفسي لم يتم تدعيمهما تجريبياً بنفس القدر الذي تم به تدعيم النظريات السلوكية و الاجتماعية والبيولوجية ، فقد استنتج العديد من الأطباء أن العمليات النفسية لديها القدرة على خلق وشفاء السلوك المضطرب ولذلك

فإن المنحى التكاملي يشير إلى عدة نظريات تدعم بعضها البعض في تفسير السلوك المضطرب ولا يمكن أن تكفي إحداها بمفردها في شرح أو تفسير تطور ولو اضطراب واحد واضح.
وخلال السنوات القليلة الأخيرة أضاف العديد من الباحثين نتائج تجريبية تدعم وضع النموذج المتكامل فعلى سبيل المثال استنتج روبرت بلومن (Robert Plomin) في مجال دراسته عن وراثة السلوك نتائج مقنعة تشير إلى الدور التفاعلي بين الوراثة والعوامل البيئية في تحديد السلوكيات التي تميزنا كأشخاص منفردين بصورة متميزة ، أما عالم النفس الاجتماعي جون كاسيبو (John Casioppo) فقد أكد على وجود نتائج تدعم التفاعل بين كل من وظائف المخ والعمليات النفسية والاجتماعية ، وعلى صعيد آخر فقد أشار بعض الباحثين البارزين من أمثال روبرت كلوننجر (Robert Cloninger) إلى أن النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي يعد أكثر النماذج اكتمالاً في شرح أسباب إدمان الكحوليات والتي تُعد واحدة من أكثر المشاكل الاجتماعية خطورة في الولايات الأمريكية المتحدة (عبد الرحمن ، ٢٠٠٠ : ١٢٠).

ويرى الباحث أن عملية التفاعل مطلوبة ولكنها غير قابلة التطبيق على كل الأمراض النفسية فكل منحى قد يكون أكثر ملاءمة في تفسير مرض ما عن مرض آخر ، فالمنحى الطبي مناسب في حالات الفصام والأمراض العضوية ذات الأعراض النفسية ، والمنحى التحليلي مهم في تحليل وتفسير الأعراض التي لا تبدو مرتبطة بأسباب مباشرة في الوقت الحالي وإنما لها علاقة بالماضي ، والمنحى المعرفي السلوكي يفيد في تفسير الاكتئاب ، والمنحى الاجتماعي يُسهم في فهم اضطرابات الشخصية والإدمان والأمراض التي تُركز على خلفية أسرية واجتماعية.

أما العيسوي فيرى أن المزاوجة بين أكثر من منحى تعد هي البديل المفضل والحل الأكثر كفاءة (العيسوي ، ١٩٩٢ : ٣٣١).

٥- تصنيف الأمراض النفسية:

هناك طرق متعددة لتصنيف الأمراض النفسية ، ومن المهم أن نتذكر أن التصنيفات من السهل أن تتداخل فيما بينها ، ثم إنه لا يوجد شيء مجرد في تلك التصنيفات ، ولا يوجد أنماط فاصلة من السلوك تحدد الأعراض النوعية لكل من هذه الأمراض ، وذلك بسبب أن الفرد يمكن أن يستجيب بطريقته الخاصة تجاه مواقف البيئة المختلفة ومؤثراتها (عبد الله ، ٢٠٠٠ : ١٣٤).

وحتى الثمانينيات في القرن الماضي ، رأى العلماء (في الشرق وفي الغرب) أن الأمراض النفسية تنقسم إلى قسمين واضحين هما الذهان والعصاب وجاء تحت تصنيف الذهان كل الأمراض النفسية التي تفقد المريض صلته بالواقع ، بالإضافة إلى أنواع الذهان العضوي (الذي

ينجم عن الشيخوخة أو العقاقير) ، والذهان غير العضوي (الوجداني والفصامي والهذائي وذهان الطفولة). ووضع تحت تصنيف العصاب كل من القلق والهستيريا والرهاب والوساوس القهرية والاكتئاب العصابي (حقي ، ١٩٩٥ : ٢٦).

وفيما يلي يعرض الباحث كل من التصنيف العالمي العاشر للأمراض والإضرابات النفسية والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (المراجعة الرابعة) .

أولا/ التصنيف الدولي لمنظمة الصحة العالمية:

اعتمدت كل التصنيفات التشخيصية المستخدمة رسميا في العالم الناطق باللغة الانجليزية خلال فترة السبعينيات على الصيغة الثامنة من التصنيف الدولي للأمراض International Classification of Diseases (ICD-8) الصادر عن منظمة الصحة العالمية WHO. وتعود أصول هذه الصيغة إلى التصنيف الدولي لأسباب الوفاة (تصنيف بيرتيلون Bertillon) والذي أقرته الرابطة الإحصائية الدولية والتي انعقدت في باريس عام ١٨٩٣. وقد قسمت التشخيصات الواردة في هذا التصنيف إلى ثلاث مجموعات أساسية هي:

١- الذهان والعصاب واضطرابات الشخصية.
٢- اضطرابات عقلية أخرى غير ذهانية.
٣- التأخـــــر العقلــــي.

ولقد صدرت الصيغة التاسعة ICD-9 تفاديا لعوامل نقد كثيرة ولقد تطور هذا التصنيف إلى أن وصل إلى التصنيف العاشر ICD-10 والذي صدر عام(١٩٩٢) وطبق عمليا في يناير عام (١٩٩٣) ، ولقد صنف الأمراض النفسية على النحو التالي:

١/ الاضطرابات العقلية العضوية بما فيها الاضطرابات ذات الأعراض المحددة

١- خرف ناتج عن مرض الزهايمر: سواء كان في مراحل المرض المبكرة أو المتقدمة أو كان لا نمطيا أو مختلط الأعراض.
٢- خرف وعائي: وهو كل ما يكون حادا أو نتيجة احتشاء مضاعف أو إصابة بأوعية لحاء المخ أو ما تحت اللحاء.
٣- خرف مصاحب لأمراض تصنف في مكان آخر: ومنها ما يصاحب مرض بيك أو داء كروتزفيلت – جيكوب أو مرض هانتنجتون أو داء باركنسون أو فيروس انهيار المناعة المكتسب (ايدز).
٤- خرف غير محدد: بما في ذلك ما تصاحبه أعراض هذائية أو هلاوس أو اكتئاب
٥- متلازمة فقد الذاكرة العضوي التي لم تحرضها الكحوليات أو المواد المؤثرة نفسيا.

٦- هذيان لم تحرضه الكحوليات أو المواد المؤثرة نفسيا.
٧- اضطرابات عقلية أخرى: نتيجة لتلف بالمخ أو خلل وظيفي به أو بسبب الإصابة بأمراض جسمية يصاحبها الهلاوس أو الأعراض التخشبية أو الهذاءات أو الاضطرابات الوجدانية أو التهيج أو الاكتئاب أو القلق أو الاضطراب الانفصالي أو الاضطراب المعرفي.
٨- اضطرابات الشخصية والسلوك: بسبب أمراض أو تلف أو خلل بالمخ . بما في ذلك متلازمات ما بعد المرض وما بعد الارتجاج.
٩- اضطراب عقلي عضوي أو مع أعراض غير محددة.

٢/ الاضطرابات العقلية والسلوكية التي تظهر بسبب استعمال المواد المؤثرة نفسيا

١- اضطرابات عقلية وسلوكية: بسبب تناول الكحوليات.
٢- اضطرابات عقلية وسلوكية: بسبب استعمال مشتقات الأفيون.
٣- اضطرابات عقلية وسلوكية: بسبب استعمال مشتقات الحشيش.
٤- اضطرابات عقلية وسلوكية: بسبب استعمال العقاقير المهدئة أو العقاقير المنومة.
٥- اضطرابات عقلية وسلوكية: بسبب استعمال الكوكايين.
٦- اضطرابات عقلية وسلوكية: بسبب تناول المواد المنشطة بما فيها القهوة.
٧- اضطرابات عقلية وسلوكية: بسبب استعمال المهلوسات.
٨- اضطرابات عقلية وسلوكية: بسبب استعمال التبغ.
٩- اضطرابات عقلية وسلوكية: بسبب استعمال المذيبات الطيارة.
١٠- اضطرابات عقلية وسلوكية: بسبب استعمال أكثر من واحد من العقاقير أو المواد المؤثرة نفسيا.

٣/ الفصام (سكتزوفرينيا) ، والنمط الفصامي والاضطرابات الهذائية

١- الفصام (سكتزوفرينيا): بما فيه الفصام الهذائي او (بارانويا) وفصام المراهقة (هيبيرينيا) والفصام التخشبي (كاتاتونيا) والفصام البسيط وأنواع أخرى غير محددة من الاضطرابات الفصامية.
٢- اضطراب فصامي النمط.
٣- اضطرابات هذائية متواصلة.
٤- اضطرابات ذهانية حادة أو عابرة: بما فيها ما هو بدون أعراض فصامية أو متعدد الأشكال وبه أعراض فصامية.
٥- اضطراب هذائي.

٦- اضطرابات فصامية- وجدانية: بما فهيا أعراض الهوس المستقل أو الاكتئاب المستقل أو هوس الاكتئاب الدوري.
٧- اضطرابات ذهانية أخرى غير عضوية المنشأ.
٨- ذهان غير عضوي المنشأ وغير محدد.

٤/ الفصام (سكيزوفرينيا)، والنمط الفصامي والاضطرابات الهذائية

١- نوبة الهوس: بما فيها الهوس الخفيف والهوس الخالي من الأعراض الذهانية، الهوس مع أعراض ذهانية، وأنواع أخرى من الهوس.
٢- اضطراب وجداني ثنائي القطب.
٣- نوبة الاكتئاب.
٤- نوبة الاكتئاب المتكررة.
٥- اضطرابات مزاجية (وجدانية) دائمة.
٦- اضطرابات مزاجية (وجدانية) أخرى.
٧- اضطرابات مزاجية (وجدانية) غير محددة.

٥/ الاضطرابات العصابية، وما ترتبط بالإجهاد (الكرب) وجسدية النمط

١- اضطرابات قلق المخاوف (القلق الرهابي أو الفوبيا).
٢- اضطرابات قلق من نوع آخر.
٣- اضطرابات الوسواس القهري.
٤- اضطرابات الاستجابة للإجهاد النفسي الشديد (الكرب) واضطرابات التكيف.
٥- اضطرابات انفصالية (تحولية).
٦- اضطرابات جسدية النمط.
٧- اضطرابات عصابية أخرى.

٦/ ظاهرة سلوكية تتصل باضطرابات فيزيولوجية وعوامل جسمية:

١- اضطرابات الأكل: بما فيها زهد الطعام العصبي والشره العصبي والإكثار من الأكل لأسباب نفسية والغثيان والتقيؤ لأسباب نفسية.
٢- اضطرابات النوم: التي لا تتصل بأسباب عضوية ومنها أرق لا عضوي وميل للنوم لا عضوي واضطراب نمط النوم والصحو والتجوال الليلي والفزع الليلي والكابوس.

٣- اضطراب الوظائف الجنسية: التي لا تتصل بأمراض أو باضطرابات عضوية بما فيها انعدام وقلة الرغبة الجنسية النفور الجنسي وانعدام اللذة الجنسية وكل أنواع الاضطرابات المتصلة بالشبق.
٤- اضطرابات عقلية وسلوكية تتصل بالنفاس: ومنها الطفيف والشديد.
٥- عوامل نفسية وسلوكية تتصل باضطرابات أو أمراض صنفت في مكان آخر.
٦- إساءة استعمال مواد لا تؤدي إلى الاعتماد: كمزيلات الاكتئاب والمسهلات ومهبطات الألم ومزيلات الحموضة والفيتامينات والهرمونات ومواد طب الأعشاب.
٧- متلازمات سلوكية غير محددة: تتصل باضطرابات فيزيولوجية وبعوامل جسمية.

٧/ اضطرابات الشخصية والسلوك عند البالغين

١- اضطرابات خاصة بالشخصية: ومنها الشخصية الهذائية (البارانوية) والفصامية والضد اجتماعية والغير متزنة انفعاليا والمسرحية وشديدة الصلابة والقلوقة والمعتمدة.
٢- اضطرابات شخصية تختلط فيها الأعراض.
٣- تغيرات مستديمة بالشخصية: لا ترجع إلى إصابات دماغية أو إلى أمراض بما فيها ما يستجد بعد الكوارث أو ما يلي الأمراض العقلية.
٤- اضطرابات العادات واضطرابات النزوات الطارئة: بما فيها لعب الميسر (القمار) المرضي وإضرام الحرائق المرضي (بايرومينيا) والسرقة المرضية (كليبتومينيا) وغيرها.
٥- اضطرابات تحديد الهوية الجنسية: بما فيها انحراف الملبس (ارتداء ملابس الجنس الآخر) واضطراب الهوية الجنسية أثناء الطفولة الخ...
٦- اضطرابات في التفضيل الجنسي: كالفيتيشية والاستعراء والبصبصة واشتهاء الأطفال والسادية والمازوخية الخ.......
٧- اضطرابات نفسية وسلوكية: تخص كلا من التطور الجنسي والميول الجنسية ومنها اضطرابات التطور الجنسي وخلل الميل الجنسي واضطرابات العلاقة الجنسية ويضاف هنا ما يوضح العلاقة الجنسية بحيث تعرف إن كانت جنسية مغايرة أو جنسية مثلية أو جنسية مزوجة.
٨- اضطرابات أخرى في الشخصية والسلوك: كتضخيم الأعراض الجسمية لأسباب نفسية وتزييف الأعراض والعاهات الجسمية والنفسية الخ.

٨/ تخلــف عقلـــي

١- تخلف عقلي طفيف.

٢- تخلف عقلي غير متطرف.

٣- تخلف عقلي شديد.

٤- تخلف عقلي عميق.

٥- تخلف عقلي من نوع آخر.

٦- تخلف عقلي غير محدد.

٩/ اضطرابات النمو النفسي وكلها تظهر أثناء الطفولة وتشير الى تخلف أو تدهور في النمو البيولوجي للجهاز العصبي

١- اضطرابات خاصة بالكلام واللغة.

٢- اضطرابات خاصة بالمهارات الدراسية.

٣- اضطرابات خاصة بنمو الوظائف الحركية.

٤- اضطرابات مختلطة.

٥- اضطرابات نمو شاملة: بما فيها انطواء الطفل متلازمة ريت وتدهور النمو الفجائي واضطراب النشاط المفرط المرتبط بالتخلف العقلي والحركات النمطية ثم متلازمة اسبيرجر.

٦- اضطرابات أخرى بالنمو النفسي.

١٠/ اضطرابات انفعالية وسلوكية تبدأ في الطفولة أو اليفاعة

١- اضطرابات الحركة المفرطة: بما فيها اختلال النشاط والانتباه والإفراط في السلوك الحركي.

٢- اضطرابات في المسلك: بما فيها اضطرابات مسلك يخص حيز العائلة ومسلك غير اجتماعي واضطراب بالمسلك الاجتماعي واضطراب المعارضة والتحدي واضطرابات مسلك أخرى.

٣- اضطرابات مسلك وانفعالات مختلطة: بما فيها المسلك الاكتئابي واضطرابات أخرى من نفس الفئة.

٤- اضطرابات انفعالية: تبدأ في مرحلة الطفولة بالذات ومنها قلق الفراق وقلق المخاوف (الفوبيا) والقلق الاجتماعي واضطراب خصومة الأخوة واضطرابات انفعالية أخرى.

٥- اضطرابات في التعامل الاجتماعي: تبدأ إما في مرحلة الطفولة أو اليفاعة ومنها الخرس الاختياري واضطرابات استجابة التعلق والتعلق غير المثبط (المتحرر) واضطرابات أخرى تخص التعامل الاجتماعي أثناء الطفولة.
٦- اضطرابات لوازم: بما فيها اللوازم العابرة ولوازم الحركة أو الصوت المزمنة واضطرابات لوازم الصوت والحركات المركبة (متلازمة لا توريت) واضطرابات لوازم أخرى.
٧- اضطرابات أخرى بالسلوك والانفعالات: تبدأ في الطفولة أو اليفاعة بما فيها التبول اللاإرادي غير العضوي والتبرز اللاإرادي غير العضوي، اضطرابات الأكل عند الوليد وعند الطفل ، شهوة الطين في الطفولة أو في اليفاعة ، اضطرابات الحركة النمطية التهتهة ، اللجلجة ، واضطرابات أخرى.
٨- اضطرابات عقلية لم تصنف قبل هذا.

(World health organization, 1992)

ثانيا: الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي للاضطرابات العقلية:

أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (APA) الصيغة الأولى للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ويرمز له (DSM-I) في عام ١٩٥٢ وفيها استخدم اصطلاح " رد الفعل" (reaction) بكثرة والتي تأثر بمدرسة أدولف ماير التي تقول بأن المرض النفسي هو رد فعل الشخصية لعوامل اجتماعية ونفسية وبيولوجية. ثم صدرت الصيغة الثانية (DSM-II) في عام ١٩٦٨ والثالثة (DSM-III) عام ١٩٨٠ والثالثة المعدلة (DSM-II R) عام ١٩٨٧ وأخيرا الصيغة الرابعة (DSM-IV) والتي صدرت عام ١٩٩٤. ويستخدم هذا التصنيف في دول أمريكا الشمالية والوسطى والجنوبية وفي الهند وبعض الدول الأوروبية ويعتمد برنامج غزة للصحة النفسية على الدليل الأمريكي الرابع في تشخيص الأمراض النفسية ويتم التشخيص تبعا للدليل الأمريكي الرابع اعتمادا على خمسة محاور Multi – Axial Diagnosis وهي:

المحـــــور I: الاضطرابات النفسية الإكلينيكية.
المحـــور II : اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي.
المحور III: الأمراض العضوية.
المحـــــور IV: المشاكل النفس اجتماعية والبيئية.
المحـــــور V: التقييم العام للأداء (الوظائف).

ويمتاز استخدام عدة محاور بأنه يعتمد على تقويم كل الظروف المترابطة طبيا ونفسيا واجتماعيا فقد تسجل لمريض واحد ثلاثة تشخيصات على محاور مختلفة (مثلا: مرض السكر، قلق، واضطرابات شخصية) ومن ثم يكون التشخيص شاملا.
ويأتي تحت كل محور عدد من الاضطرابات النفسية وهي:

١- اضطرابات يتم تشخيصها لأول مرة عادة في الطفولة والصبا والمراهقة.

٢- الذهول والخرف (العته) والاضطرابات النسيانية والمعرفية الأخرى.

٣- الاضطرابات النفسية الناجمة عن الحالة الطبية العامة ولم يتم تصنيفها في مكان آخر.

٤- الاضطرابات المتعلقة بالمواد (الادمانية).

٥- الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى.

٦- اضطراب المزاج.

٧- اضطرابات القلق.

٨- الاضطرابات جسدية الشكل.

٩- الاضطرابات المصطنعة.

١٠- الاضطرابات الانفصالية.

١١- الاضطرابات الجنسية واضطرابات هوية الجنس.

١٢- اضطرابات الأكل.

١٣- اضطرابات النوم.

١٤- اضطرابات التحكم في الدافع لم يتم تصنيفها في مكان آخر.

١٥- اضطرابات التوافق.

١٦- اضطرابات الشخصية.

١٧- حالات أخرى يمكن أن تكون محل اهتمام اكلينيكى.

(American psychiatric association, 1995)

وفي ضوء ما سبق يعتقد الباحث أن لكل مكان و زمان ما يناسبه من محكات ومن مداخل يجب إرساء قواعدها بشكل مناسب ، ولذلك يرى الباحث أن تتصف التصنيفات بالمرونة لتتلاءم مع جميع الثقافات والمجتمعات في جميع أنحاء العالم.

٦ - حقوق المرضى النفسيين:

حالياً بدأ في العالم الاهتمام بحقوق المرضى النفسيين بعد أن تفاقمت مشكلاتهم في كل المجتمعات العالمية ، وعلى مدى عصور طويلة كانوا يتعرضون فيها للمعاملة القاسية ، ومن مظاهر هذا الاهتمام إعلان صدر عن الأمم المتحدة عام (١٩٩١) حول حقوق المرضى النفسيين ، ويُعتبر الحق في العلاج باستخدام الوسائل الطبية الحديثة في مقدمة الحقوق التي يجب أن يحصل عليها المرضى النفسيين دون تفرقة ، ويتم ذلك بأقل قدر من القيود ، ولابد من موافقة المريض عند دخوله المستشفى وعند تقديم أي علاج له .

ومن حقوق المريض النفسي الهامة أيضا حقه في إدارة أمواله بنفسه ، حيث هناك الكثير من المرضى النفسيين لديهم القدرة على التصرف السليم في أموالهم .

وكان الإسلام أسبق من العلم الحديث في وضع الأسس للمعاملات الإنسانية في كل مجال ، وقد تضمنت الشريعة الإسلامية من التعاليم والأحكام ما يمكن الاستعانة به للتوصل إلى حل للمشكلات الإنسانية التي ظهرت وتفاقمت في عصرنا الحديث .

والإسلام يُساوى بين الناس في الحقوق والواجبات وجعل مناط التفضيل هو تقوى الله عز وجل (إن أكرمكم عند الله اتقاكم) ، ويقرر الإسلام أن الإنسان مُكرم في أصل خلقه (وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِّنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِّمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلاً) الإسراء الآية (٧٠) ، وأن ما يكون لدى الفرد من نقص أو كمال إنما هو بمشيئة الله قال تعالى (هُوَ ٱلَّذِي يُصَوِّرُكُمْ فِي ٱلأَرْحَامِ كَيْفَ يَشَآءُ لاَ إِلَـٰهَ إِلاَّ هُوَ ٱلْعَزِيزُ ٱلْحَكِيمُ) سورة آل عمـــران الآيـــة (٦).

وبالنسبة لحقوق المريض النفسي فإن تكريم الإسلام للإنسان وعدم المساس بحقوقه في كل الأحوال ، فيه تقديم لحلول كثير من مشكلات المرضى نفسيا ، كما أن مراجعة أحكام الفقه الإسلامي تقدم لنا حلولا لمسائل عديدة يدور حولها الجدل حتى الآن (الشربيني ، ٢٠٠٣ : ١٧٦ ، ١٨٢ ، ١٨٤ – ١٨٥).

٧- مراحل تطور رعاية المرضى النفسيين في قطاع غزة:

لم يتم الاهتمام بالمرضى النفسيين حتى النصف الثاني من القرن العشرين في قطاع غزة ، وذلك نظرا للأوضاع السياسية المتردية التي هي بسبب الاحتلال الإسرائيلي للقطاع ، حيث أن للاحتلال آثاره المدمرة للأرض ، وللإنسان ، وللعمران ، وللحضارة الإنسانية بصورة إجمالية. وما من احتلال إلاَّ ويقترن بالاعتداء على المدنيين بصور متعددة ، تختلف باختلاف ظروف الاحتلال ، وطبيعته ، والقوى التي تقف وراءه ، والأهداف التي يرمي إليها .

بدأت الرعاية الصحية للمرضى النفسيين في قطاع غزة سنة ١٩٧٠ بافتتاح وحدة صغيرة في مستشفى الشفاء بمدينة غزة وكان يشرف على هذه الوحدة طبيب عام ، وهذه الوحدة كانت تقدم العلاج الدوائي للمرضى النفسيين من جميع أنحاء قطاع غزة ، وفي عام ١٩٧٩ تم افتتاح أول مستشفى للطب النفسي في قطاع غزة ، وكان يعمل في هذا المستشفى خمسة أطباء عامين ، وثلاثة أخصائيين نفسيين ، وخمسة عشر ممرض وممرضة ، وكانت المستشفى تقدم الخدمات للناس من خلال العيادة الخارجية ، وأقسام المستشفى التي كانت تحتوي على ٣٤ سريراً لجميع الأعمار ومن الجنسين ، ومازال المستشفى يقدم خدماته إلى الآن بشكل أوسع وبخبرات عالية .
وأما وكالة غوث وتشغيل اللاجئين – قسم الصحة - عام ١٩٩٢ بدأت بتقديم خدمات الرعاية النفسية للمرضى النفسيين من اللاجئين الفلسطينيين في عياداتها المنتشرة في قطاع غزة .
(زقوت ، ٢٠٠١ : ٣٩ – ٤٢)

وتم إنشاء برنامج غزة للصحة النفسية المجتمعية في ابريل (١٩٩٠) كمحاولة لسد الفراغ وتعويض النقص القائم في مجال خدمات الصحة النفسية المجتمعية ، ويعتبر برنامج غزة للصحة النفسية المجتمعية رائداً في إدخال مفهوم خدمات الصحة النفسية المجتمعية ، والذي يأخذ بعين الاعتبار كل العوامل المؤثرة في الإنسان ، العوامل البيولوجية والعوامل الثقافية والاجتماعية والاقتصادية .
برنامج غزة للصحة النفسية منظمة أهلية فلسطينية غير هادفة للربح ، تأسست بهدف تقديم خدمات الصحة النفسية الشاملة لكافة السكان في قطاع غزة بما فيها الخدمات العلاجية والتدريب وإصدار الأبحاث.

وجاءت فكرة إنشاء البرنامج لملء الفراغ وسد الاحتياجات الكبيرة الناتجة عن إهمال الاحتلال لتقديم الخدمات الأساسية للسكان وبضمنها خدمات الصحة النفسية في الوقت الذي تزايدت فيه المشاكل النفسية نتيجة التعرض للتوتر والصدمات المستمرة ، وممارسات الاحتلال الوحشية وغيرها من المشاكل الاجتماعية الناتجة عن هذه الممارسات.

وللبرنامج جمعية عمومية تقوم بانتخاب مجلس إدارة البرنامج ، الذي يقوم بدوره بإدارة البرنامج ووضع السياسات العامة ، والإشراف على تنفيذها ، ويقوم بإدارة الشؤون اليومية مدير عام ، بمساعدة مدير إداري ، ورؤساء الأقسام المختلفة ، وللبرنامج مجلس استشاري من (٢٢) شخصية عالمية ، وخبراء في مجال الطب النفسي والعمل المجتمعي ، ويعمل في البرنامج (١٧٢) موظف وموظفة. وتقوم فلسفة البرنامج على تقاضي رسوم رمزية من المنتفعين مقابل العلاج ، ويصرف الدواء بسعر التكلفة ، وتعفى الحالات المحتاجة من الدفع. (النحال ، ٢٠٠٦ : ٨٣)

أما حاليا فيتم تقديم خدمات الصحة النفسية في فلسطين من خلال أربعة قطاعات، وزارة الصحة ووكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين والمنظمات الأهلية والقطاع الخاص حيث تتعاون هذه القطاعات من اجل العمل علي تعزيز الصحة النفسية للشعب الفلسطيني نتيجة للوضع السياسي الحالي وما يخلفه من أثار سلبية علي أفراد الشعب الفلسطيني.

تقدم برامج الصحة النفسية المجتمعية الحكومية العديد من الخدمات الوقائية والعلاجية الهادفة لتحسين الصحة لنفسية للشعب الفلسطيني. وتقدم خدمات الصحة النفسية الحكومية في فلسطين من خلال (١٥) عيادة صحة نفسية مجتمعية، خمس عيادات في قطاع غزة، واحدة منها متخصصة بالصحة النفسية للطفل، بالإضافة إلى عشر عيادات في الضفة الغربية.
سجل في عام (٢٠٠٣) ميلادية ما مجموعه (٧٢,٠٧٢) زيارة إلى عيادات الصحة النفسية المجتمعية الحكومية (٣٨,١٠٥ زيارة) في الضفة الغربية و(٣٣,٩٦٧ زيارة) في قطاع غزة ، وبالإضافة إلى عيادات الصحة النفسية المجتمعية الحكومية يوجد في فلسطين مستشفيان يقدمان خدمات الصحة النفسية المجتمعية (مستشفى بيت لحم للأمراض النفسية ومستشفى غزة للأمراض النفسية والعصبية) .

وتقدم برامج الصحة النفسية المجتمعية الحكومية العديد من الخدمات الوقائية والعلاجية الهادفة لتحسين الصحة النفسية للشعب الفلسطيني ومنها:

الخدمات الوقائية:
تقدم برامج الصحة النفسية الخدمات الوقائية التي تركز علي تقديم التثقيف والتعزيز الصحي الهادف إلى تحسين نظرة المجتمع للمرض النفسي.

الخدمات العلاجية:

تقدم برامج الصحة النفسية المجتمعية الخدمات الصحية للمرضى النفسيين الـذين يعـانون مـن الأعراض النفسية الحادة والمزمنة من خلال العيادات والزيارات المنزلية حيث تـستخدم طـرق مختلفة مثل العلاج النفسي المجتمعي والعلاج التأهيلي وذلك عن طريق عدة برامج لإعادة التأهيل المجتمعية كما تقدم أيضا الخدمات النفسية الطارئة لمصابي انتفاضة الأقصى.

(وزارة الصحة، 2003 : 18).

٨- لمحة عن قطاع غزة:

قطاع غزة هو المنطقة الجنوبية من الساحل الفلسطيني على البحر المتوسط وهو على شكل شريط ضيق شمال شرق شبه جزيرة سيناء ويشكل تقريبا(١%) من مساحة فلسطين التاريخية من النهر إلى البحر.



الشكل (٢,٦) خريطة قطاع غزة.

ويمتد القطاع على مساحة (٣٦٠) كم مربع، حيث يكون طوله (٤١) كم ، أما عرضه فيتراوح بين (٦) و (١٢) كم. يحد قطاع غزة الكيان الصهيوني شمالا وشرقا، بينما تحده مصر من الجنوب.

كان قطاع غزة جزء لا يتجزأ من منطقة الانتداب البريطاني على فلسطين حتى إلغائه في مايو (١٩٤٨). وفي خطة تقسيم فلسطين كان القطاع من ضمن الأراضي الموعودة للدولة العربية الفلسطينية ، غير أن هذه الخطة لم تطبق أبداً ، وفقدت سريانها إثر النكبة_(١٩٤٨). بين سنة (١٩٤٨) وسنة (١٩٥٦) خضع القطاع للحكم المصري، ثم احتله الكيان الصهيوني لمدة (٥) أشهر خلال الحرب على مصر.

وفي مارس سنة (١٩٥٧) انسحب جيش الكيان الصهيوني فجددت مصر حكمها على القطاع. وفي حرب (١٩٦٧) احتل الكيان الصهيوني القطاع ثانية مع شبه جزيرة سيناء. وفي سنة (١٩٨٢) أكمل الكيان الصهيوني انسحابه من سيناء بموجب معاهدة السلام المصرية مع الكيان الصهيوني ، ولكن القطاع بقي تحت الاحتلال الصهيوني.

(http://ar.wikipedia.org/wiki/%D9%82%D8%B7%D8%A7%D8%B9_%D8%BA%D8%B2%D8%A9)

ويسمى بقطاع غزة نسبة لأكبر مدنه وهي غزة ، حيث تُعتبر مدينة غزة من أقدم مدن العالم ، وتعتبر بوابة آسيا ، بحكم الموقع الجغرافي بين مصر وبلاد الشام، وبين آسيا وافريقية. وكانت غزة عبر التاريخ عقدة مواصلات ومحطة قوافل ، وبالتالي مركزا تجاريا عالميا. وقد منحها هذا الموقع مكانة إستراتيجية وعسكرية فائقة فهي الخط الأمامي للدفاع عن فلسطين والشام جنوبا والموقع المتقدم للدفاع عن العمق المصري، مما جعلها ميدانا وساحة نضال لمعظم الإمبراطوريات العالمية القديمة والحديثة. أسسها الكنعانيون قرابة الألف الثالثة قبل الميلاد، وسموها غزة، أطلق عليها العرب غزة هاشم، الذي دفن بها بالمسجد الذي يحمل اسمه . وغزة القديمة بنيت نسبة إلى هاشم بن عبد مناف جد الرسول صلى الله عليه وسلم على تلة ترتفع ٤٥م عن سطح البحر وكان يحيط بها سور عظيم له عدة أبواب من جهاته الأربع. وهي عاصمة اللواء الجنوبي لفلسطين في عهد الانتداب البريطاني وعاصمة الشريط الضيق الذي بقي بيد العرب بعد النكبة من سنة (١٩٤٨) حتى سنة (١٩٦٧) ميلادية.

(http://www.palestineremembered.com/GeoPoints/Gaza_526/ar/index.html)

ودخلت السلطة الفلسطينية إلى بعض مناطق قطاع غزة بعد توقيع اتفاقية أوسلو في العام (١٩٩٣) ، وفي فبراير (٢٠٠٥) صوّتت حكومة الكيان الصهيوني تحت ضغط المقاومة الشعبية على تطبيق خطة الانسحاب الأحادي الجانب من قطاع غزة وإزالة جميع المستوطنات

الإسرائيلية والمستوطنين والقواعد العسكرية من القطاع ، وتم الانتهاء من العملية في الثاني عشر من شهر سبتمبر عام (٢٠٠٥) بإعلانها إنهاء الحكم العسكري في القطاع .

ويعيش حوالي (١,٥) مليون فلسطيني في قطاع غزّة ، أغلبهم من لاجئي النكبة (١٩٤٨) ، ومعدل الكثافة السكانية (٢٦٤٠٠) مواطن/كم مربع ، والكثافة السكانية في مخيمات اللاجئين (٥٥٥٠٠) مواطن/كم مربع . ويوجد في قطاع غزّة حوالي (٤٤) تجمع سكاني فلسطيني ، ويخضع قطاع غزة حاليا لحصار خانق من قبل حكومة الكيان الصهيوني .
(http://ar.wikipedia.org/wiki/%D9%82%D8%B7%D8%A7%D8%B9_%D8%BA%D8%B2%D8%A9)

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

- الدراسات العربية
- الدراسات العالمية
- تعقيب على الدراسات السابقة

الدراسات السابقة:

مقدمة:

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة اتجاه ذوي المرضى النفسيين نحو المرض النفسي لما لأهل أو ذوي المرضى النفسيين من أثر كبير في نجاح أو فشل العملية العلاجية ، وسيتناول الباحث في هذا المبحث بعض الدراسات العربية والعالمية التي عنيت بدراسة الاتجاهات نحو المرض النفسي ، في محاولة لإظهار أهم نتائج هذه الدراسات بما يفيد هذه الدراسة ، وبعد عرض للدراسات العربية والعالمية سيقوم الباحث بالتعقيب على هذه الدراسات .

أولا: الدراسات العربية:

١- **دراسة** (بركات وحسن ، ٢٠٠٦) هدفت الدراسة الراهنة إلى معرفة اتجاه الطلبة الجامعيين نحو المرض والعلاج النفسي في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية والتربوية: الجنس، والتخصص، والعمر، والتحصيل، ومكان السكن، ودخل الأسرة. ولهذا الغرض تم تطبيق مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه على عينة بلغت (٢٢٨) طالباً وطالبة، ممن يدرسون في جامعات شمال فلسطين: النجاح الوطنية بنابلس، والقدس المفتوحة بطولكرم، والأمريكية العربية بجنين، وكلية خضوري الجامعية بطولكرم. وقد خلصت الدراسة إلى أن أغلبية الطلبة لديهم اتجاهاً ايجابياً نحو المرض والعلاج النفسي حيث أظهر ما نسبته (٩، ٧٥%) ميلاً موجباً نحو المرض والعلاج النفسي، بينما أظهر ما نسبته (١، ٢٤) ميلاً سالباً نحو ذلك . ووجود فروق دالة إحصائياً نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير التخصص وذلك لصالح الطلاب الذين يدرسون تخصصات طبية وهندسية وصيدلة. ووجود فروق دالة إحصائياً نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير العمر وذلك لصالح الطلاب صغار العمر. وعدم وجود فروق دالة إحصائياً نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغيرات: الجنس، والتحصيل، ومكان السكن، ودخل الأسرة الشهري.

٢- **دراسة** (زقوت ، ٢٠٠١) وهدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الفرق في مستوى الاتجاه نحو المرض النفسي بين كل من المترددين على المعالجين النفسيين والمترددين على المعالجين التقليديين بقطاع غزة. ومعرفة ما إذا كان الاتجاه نحو المرض النفسي لدى كل من المترددين على المعالجين النفسيين والتقليديين بقطاع غزة يتأثر بمستوى التعليم وبالعمر الزمني و بالجنس وبالدخل. وتتكون العينة من ٢٠٠ شخص بالغ من الذكور والإناث من

قطاع غزة ، ١٠٠ من المترددين على المعالجين النفسيين ببرنامج غزة للصحة النفسية طلبا للعلاج ، ١٠٠ من المترددين على المعالجين التقليديين طلبا للعلاج.

وقام الباحث بإعداد مقياس يشتمل على ٢٤ بندا بثلاثة أبعاد وهي ، البُعد الديني والتراثي ويمثله ٨ عبارات ، والبُعد العلاجي المعاصر ويمثله ٨ عبارات ، وبُعد التفاعل الاجتماعي والوصمة ويمثله ٨ عبارات. ومن أهم نتائج هذه الدراسة أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات المعاصرة نحو المرض النفسي بين المترددين على المعالجين النفسيين والمترددين على المعالجين التقليديين لصالح المترددين على المعالجين النفسيين من ناحية الاتجاهات المعاصرة ، أما بالنسبة للوصمة فهي أكبر لدى المترددين على المعالجين التقليديين ، وأنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاتجاه نحو المرض النفسي ترجع إلى عاملي التعليم والعمر الزمني لدى أفراد العينة ، وأنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاتجاه نحو المرض النفسي ترجع إلى عامل الجنس حيث وجد أن الذكور لديهم اتجاهات معاصرة أكبر من الإناث ولديهم شعور بالوصمة أكبر من الإناث ، وأنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاتجاه نحو المرض النفسي ترجع إلى عامل الدخل حيث وُجد أن ذوي الدخل الممتاز والجيد لديهم اتجاهات معاصرة أكبر من ذوي الدخل المتوسط والمتدني ولديهم شعور بالوصمة أكبر من ذوي الدخل المتوسط والمتدني .

٣- **دراسة** (الطراونة وآخرون ، ٢٠٠١) وهدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر كل من جنس الفرد ومستواه التعليمي وكونه من ذوي أو من غير ذوي مريض نفسي ونوع المرض النفسي على الاتجاهات نحو المرض النفسي. ولغايات هذه الدراسة اعتمد الباحث مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي لكوهين وسترونج (Cohen and Strong , 1962) الذي تم تعديله إلى العربية من قبل (بومدين ، ١٩٨٩) وطبقه على عينة مكونة من ٧٣٠ فردا من ذوي وغير ذوي المرضى النفسيين. وكشفت نتائج الدراسة أن اتجاهات أفراد المجتمع الأردني نحو المرض النفسي كانت ايجابية نوعا ما مع عدم وجود أثر ذي دلالة إحصائية لمتغير جنس الفرد بأبعاده الخمسة.أما بخصوص المستوى التعليمي فقد أشارت النتائج إلى أن اتجاهات الأفراد ذوي المستوى التعليمي العالي والمتوسط كانت أكثر ايجابية من اتجاهات الأفراد ذوي المستوى التعليمي المتدني وعلى ٤ من أبعاد المقياس: بُعد العلاج ، بُعد التقييد الاجتماعي ، بُعد النظرة الإنسانية ، وبُعد التفاعل الاجتماعي ، وكما أشارت النتائج إلى وجود أثر ذي دلالة لمتغير كون الفرد من ذوي أو من غير ذوي مريض نفسي

على الاتجاه نحو المرض النفسي حيث وجد أن هناك فروقا تعزى لصالح أفراد غير ذوي المريض النفسي على ثلاثة أبعاد : بُعد العلاج ، بُعد التقييد الاجتماعي ، وبُعد النظرة الإنسانية ، في حين أظهرت النتائج أن هناك فروقا تعزى لصالح أفراد ذوي المريض النفسي وعلى بُعد التفاعل الاجتماعي فقط . وأما بخصوص متغير نوع المرض النفسي فقد أشارت النتائج إلى أن اتجاهات أفراد ذوي المريض العصابي كانت أكثر ايجابية من اتجاهات أفراد ذوي المريض الذهاني وعلى بُعدين هما بُعد التقييد الاجتماعي ، وبُعد النظرة الإنسانية.

٤- **دراسة** (قوتة ، ٢٠٠٠) وهدفت الدراسة إلى معرفة اتجاهات الأفراد في المجتمع الفلسطيني نحو المرض النفسي ومعرفة رأي أفراد المجتمع الفلسطيني في برنامج غزة للصحة النفسية في تقديم خدماته ، وما هو نوع هذه الخدمات؟ ولهذه الغاية تم تطبيق إستبانة مقننة من قبل (قوتة ،٢٠٠٠) وتتكون من (٣٠) بندا بثلاثة أجزاء ، الأول معلومات عامة عن الأفراد المبحوثين (العمر ، الجنس،...) ، الثاني يتعلق باتجاهات الناس نحو برنامج غزة للصحة النفسية ، أما الجزء الثالث فهو يتعلق باتجاهات الناس نحو الأمراض النفسية ، على عينة بلغ عددها (١٦٨٤) فردا من المجتمع الفلسطيني في قطاع غزة. وكشفت النتائج أن الاتجاهات الغربية تظهر بين صغار السن أكثر من كبار السن ، وأن الاتجاهات التي تعكس الميول العاطفية لدى الذكور أكثر مما لدى الإناث ، وأن الاتجاهات التي تعكس الميول العاطفية لدى سكان محافظة رفح أكثر مما لدى سكان المحافظات الأخرى. وأن الاتجاهات الغربية نحو الأمراض النفسية لدى سكان محافظة رفح أكثر مما لدى سكان المحافظات الأخرى. وأظهر المتعلمون ذوي الشهادات الجامعية وخريجي المعاهد المتوسطة اتجاهات غربية وعاطفية نحو المرض النفسي أكثر من غيرهم الغير متعلمين أو حملة الشهادات التعليمية الدنيا ، كما أظهر المتعلمون درجات عالية مناهضة للاتجاهات التقليدية وللشعور بالوصمة تجاه المرض النفسي في حين أظهر الغير متعلمين ميولا أكبر لهذين العاملين تجاه المرض النفسي ، وأن الاتجاهات التقليدية نحو المرض النفسي للأرامل أكثر من المتزوجين وغير المتزوجين والمطلقين ، وأظهر المتزوجون ميولا أكثر للاتجاهات التقليدية من الغير متزوجين. وأظهرت ربات البيوت ميولا أقل بالنسبة للاتجاهات الغربية والعاطفية من موظفي الحكومة والمؤسسات الخاصة ، وأن اتجاهات الموظفين الحكوميين وموظفي المؤسسات الخاصة كانت ايجابية أما اتجاهات أصحاب الأعمال الحرة وموظفي الشرطة فهي سلبية تجاه المرض النفسي ، وأظهر العاطلين عن العمل ميولا نحو الاتجاهات التقليدية أكثر من غيرهم من الموظفين الحكوميين وموظفي المؤسسات الخاصة ، ولوحظ من خلال

التحليل أن (٥٩%)من الأفراد قد سمعوا عن برنامج غزة للصحة النفسية ، و(١١,٢%) فقد تلقوا خدمات من برنامج غزة للصحة النفسية ، وأن (٨٩%) من الأفراد يوافقون على أن الخدمة التي تلقوها من البرنامج تلائم احتياجاتهم ، وأن (٧٧,٨%) من الأفراد يرون أن الخدمة التي تلقوها ساعدتهم على الاعتماد على النفس.

٥- **دراسة** عفانة وآخرون ، (Afana, A. et. al. 2000) هدفت إلى معرفة اتجاهات العاملين في مراكز الرعاية الأولية في قطاع غزة نحو المرض النفسي ، ولهذا الهدف تم تطبيق استبانة مكونة من (٢٩) بنداً مقسمة إلى ثلاثة اتجاهات : غربية وتقليدية وعاطفية ، على العينة التي تكونت من (١٦٦) طبيب عام وممرض وممرضة يعملون في عيادات وكالة الغوث وعيادات الرعاية الأولية الحكومية ، وكشفت النتائج أن المهنيين من كبار السن لديهم اتجاهات تقليدية أكبر من المهنيين صغار السن ، وأن الأطباء والممرضين من صغار السن لديهم اتجاهات غربية أكبر من المهنيين من كبار السن ، وأن كبار السن من المهنيين لديهم اتجاهات عاطفية مع المرضى النفسيين أكبر من المهنيين من صغار السن .

٦- **دراسة** السطري وآخرون ، (Elshatury, et. al. 1999) تهدف إلى تقييم معرفه واتجاهات البدو نحو الأمراض النفسية ، ولغايات هذه الدراسة تم اختيار ٨١ شخصاً بشكل عشوائي من سان كاترين (جنوب سيناء) ، وتم إجراء مقابلات لتعبئة استبانة الدراسة التي تتضمن عبارات عن مفاهيم ومعتقدات حول المرض النفسي ، وأظهرت النتائج أن ما نسبته (٨٩٪) من المبحوثين لم يعرفوا مصطلح الفصام (Schizophrenia) ، وأن ما نسبته (66.6٪) من المبحوثين رفضوا العمل مع المرضى النفسيين .

٧- **دراسة** (عبد الرحمن وعبد الجواد ، ١٩٩٨) وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على اتجاه الأفراد من ذوى المرضى النفسيين نحو المرض النفسي والتي أجريت بالمملكة العربية السعودية ، على عينة قوامها (١٥٠ فرداً من أقارب المرضى النفسيين) منهم (٥٨) من الذكور و(٩٢) من الإناث ، ممن لم يتجاوز مستواهم التعليمي المرحلة الإعدادية وقد استخدم الباحثان استبانه الاتجاهات نحو المرض النفسي وهى من إعدادهما ، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود اتجاهات سالبة نحو المرض النفس ونقص

كبير في المعلومات لدى ذوى هؤلاء المرضى حول أسباب الأمراض النفسية وطرق معالجتها .

٨- **دراسة** (شقير،١٩٩٤) : وهدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي لدى طالبات المرحلة الثانوية والجامعية في المملكة العربية السعودية . وبلغت عينة الدراسة ٢٧٢ طالبة من المدارس الثانوية ومن الجامعات بمدينة تبوك في المملكة العربية السعودية. ولقد استخدمت الباحثة في دراستها مقياس من ٤٠ عبارة ١٦ منها لقياس الاتجاهات ، و٢٤ لقياس المعتقدات وبذلك الباحثة فصلت بين المعتقدات والاتجاهات ، والمقياس من إعداد الباحثة . ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح عينة المرحلة الجامعية فيما يتعلق بالمعتقدات حول طبيعة المرض النفسي وأسباب المرض النفسي وطريقة العلاج من المرض النفسي ، وعدم وجود فروق دالة بين المجموعتين في كل من المعتقدات حول الشفاء من المرض النفسي وتأثير المرض النفسي على أسرة المريض ، وتوجد فروق دالة إحصائيا بين طالبات المرحلة الجامعية وطالبات المرحلة الثانوية حول الاتجاه نحو المرض النفسي لصالح طالبات المرحلة الجامعية ، ومعتقدات خاطئة تكشف عن معلومات خاطئة وتكثر لدى طالبات المرحلة الثانوية ، ومعتقدات صحيحة تكشف عن معلومات صحيحة (نوعا ما) وتكثر لدى طالبات المرحلة الجامعية بالمقارنة بطالبات المرحلة الثانوية. واتجاهات سلبية رافضة نحو المرضى النفسيين تكثر لدى عينة المرحلة الثانوية. واتجاهات ايجابية نحو المرضى النفسيين وهي قليلة وتظهر أكثر لدى عينة المرحلة الجامعية.

٩- **دراسة** (موسى ، ١٩٩٤) هدفت إلى التعرف على أبعاد الاتجاه نحو فئات من العاملين في مجال الأمراض النفسية والعقلية وتعديل الجوانب السلبية في هذا الاتجاه ، ولغايات الدراسة استخدم الباحث أسلوب تمايز معاني المفاهيم في تصميم مقياس الاتجاه نحو فئات من العاملين في مجال الأمراض النفسية والعقلية وقد صمم هذا الأسلوب وطوره أوسجود (Osgood) وزملائه عام ١٩٥٧ ، بالإضافة إلى استخدام ثلاثة مقاييس وهي : عامل النشاط وعامل التقييم العام و عامل القوة ، وتكونت عينة البحث من ثلاث مجموعات : المجموعة الأولى (١٠٠) طالب وطالبة من طلاب كلية الطب-جامعة عين شمس في الفرقة الثالثة ، وتكونت المجموعة الثانية من (١٠٠) طالب وطالبة من طلاب كلية الآداب-قسم علم نفس- جامعة عين شمس في الفرقة الثالثة ، وتكونت المجموعة

الثالثة من (١٠٠) طالب وطالبة من طلاب كلية الخدمة الاجتماعية -جامعة حلوان في الفرقة الثالثة ، وأشارت النتائج إلى أن اتجاه الذكور نحو بعض فئات العاملين في مجال الأمراض النفسية والعقلية وخاصة الطبيب العام ، والأخصائي النفسي ، والأخصائي الاجتماعي ، والباحث النفسي ، والمحلل النفسي ، والطبيب النفسي أكثر إيجابا من اتجاه الإناث ، كما تبين النتائج أن اتجاه طلاب وطالبات (تخصص طب) أكثر إيجابا نحو مفهوم الطبيب العام ، وأن اتجاه طلاب وطالبات (تخصص علم نفس) أكثر إيجابا نحو مفاهيم الأخصائي النفسي ، والأخصائي النفسي الإكلينيكي ، والباحث النفسي ، والطبيب النفسي ، والممرض ، وأن اتجاه طلاب وطالبات (تخصص خدمة اجتماعية) أكثر إيجابا نحو مفهوم الأخصائي الاجتماعي.

١٠- **دراسة** (كفافى ، ١٩٩٤) تهدف إلى رصد اتجاهات الطلبة القطريين في المرحلتين الثانوية والجامعية نحو المرض النفسي وتألفت العينة من الطلاب والطالبات في المرحلتين الثانوية والجامعية وبلغت العينة (٤٢٣) طالبا وطالبة من مدارس مدينتي الدوحة والريان وجامعة قطر، وتم تطبيق مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي وهو من إعداد الباحث ويتكون من ثمان موضوعات أو أبعاد هي الأعراض ، والوقاية ، والمآل ، والأسباب ، والعلاج ، والفروق الجنسية ، ونظرة المجتمع ، والفروق الثقافية ، وكشفت النتائج أنه لم تظهر أية فروق بين طلاب الثانوي وطلاب الجامعة في أي من المقاييس الفرعية ، وظهرت فروق دالة بين طالبات المرحلة الثانوية وطالبات الجامعة في كل المقاييس الفرعية باستثناء الفروق الجنسية بالإضافة إلى الفرق في الدرجة الكلية للمقياس ، وظهر فرقان عند المقارنة بين طلبة وطالبات الثانوي في متغيري الفروق الجنسية والفروق الثقافية ، وظهرت الفروق في أربع من المقاييس الفرعية وهى مقياس الأعراض ، والمآل ، والفروق الجنسية ، ونظرة المجتمع ، بالإضافة إلى الدرجة الكلية للمقياس بين طلبة وطالبات الجامعة ، وكانت هناك فروق في ثلاث من المقاييس الفرعية بين الطلاب جميعا (الثانوي والجامعة) والطالبات جميعهن (الثانوي والجامعة) هي مقاييس الأعراض ، والوقاية ، والفروق الجنسية ، وكما ظهرت فروق بين طلبة وطالبات المرحلة الثانوية من ناحية وطلبة وطالبات المرحلة الجامعية من ناحية أخرى في متغيرات الأعراض ، والوقاية ، والمآل ، والعلاج ، ونظرة المجتمع ، والدرجة الكلية للمقياس.

١١- **دراسة** (التل ، ١٩٩١) وهدفت هذه الدراسة إلى تطوير مقياس للاتجاهات نحو علم النفس ، ومن ثم التعرف على اتجاهات طلبة جامعة اليرموك نحو علم النفس ، والكشف عن الفروق بين الجنسين في الاتجاهات نحو علم النفس ، وأعدت الباحثة مقياس يتكون من (٩٠) عبارة بستة أبعاد هي : الاتجاهات نحو الحصول على المعرفة في علم النفس ، الاتجاهات نحو أهمية علم النفس ، الاتجاهات نحو اختيار مهنة تتعلق بعلم النفس ، الاتجاهات نحو علماء النفس ، الاتجاهات نحو البحث في علم النفس ، والاتجاهات نحو استخدامات علم النفس ، بحيث تضمن كل بُعد (١٥) عبارة ، هذا وقد روعي في كتابة عبارات المقياس اعتماد المحكات التي وضعها شريفللي وكبالا (Shrigly and Koballa . 1984). وتم تطبيق المقياس على العينة التي بلغت (٩٠٠) طالب وطالبة من جامعة اليرموك ، وكشفت النتائج عن وجود اتجاهات ايجابية لدى طلبة جامعة اليرموك نحو علم النفس ، كما أسفرت عن وجود فروق بين الجنسين في الاتجاهات نحو علم النفس ، لصالح الإناث وذلك فيما يتعلق بالاتجاه العام وبأبعاده الستة جميعها.

١٢- **دراسة** (خليفة ،١٩٨٩ أ) هدفت إلى المقارنة بين ذوي التحكم الداخلي وذوي التحكم الخارجي من حيث معرفة معتقدات كل منهم حول أسباب المرض النفسي وطرق علاجه والشفاء منه ، ومعرفة اتجاهات كل فئة من هاتين الفئتين نحو المرض النفسي والمرضى النفسيين. وتكونت عينة الدراسة من (٢٧٤) طالبا بالصف الثالث الثانوي العام ، تم اختيارهم من مدرستين حكوميتين من مدارس القاهرة ، بواقع ٥١,٥% من القسم الأدبي و٤٨,٥% من القسم العلمي ومتوسط عمري (١٧,٥) عاما. ولقد استخدم الباحث في دراسته مقياس المعتقدات نحو المرض النفسي ويتكون من(٣٤) بندا ، ومقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي ويتكون من (١٢) بندا وكلاهما من إعداد الباحث ، ومقياس (التحكم الداخلي - الخارجي للتدعيم) وهو من إعداد (جوليان روتر) J. Rotter ويتكون من (٢٣) بندا ، ولقد أضاف الباحث (٦) بنود جديدة للمقياس. وكانت أهم النتائج أن هناك اتفاق تام بين الطلاب من المجموعتين في رفض بعض المعتقدات الخاصة بأسباب المرض النفسي ، وهناك شبه اتفاق بين الطلاب من المجموعتين في الاعتقاد بأن ضعف الجانب الديني والأخلاقي من الأسباب المؤدية إلى انتشار المرض النفسي ، وأما فيما يتعلق بجوانب الاختلاف بين الطلاب من المجموعتين فقد تمثلت في تزايد الاعتقاد في الأسباب غير العلمية أو الخرافية بين ذوي التحكم الخارجي عنها بين ذوي التحكم الداخلي ، وتشير النتائج الخاصة بالاتجاهات نحو المرض النفسي ومركز التحكم بعدم وجود علاقة بينهما وبوجه عام يوجد علاقة بين

المعتقدات حول المرض النفسي ومركز التحكم ، وانتفاء هذه العلاقة بين الاتجاهات ومركز التحكم.

١٣- **دراسة** (خليفة ، ١٩٨٩ ب) هدفت إلى استكشاف المعتقدات التي تدور حول المرض النفسي والمرضى النفسيين من حيث طبيعة المرض وأسبابه وطرق علاجه والشفاء منه وتأثير المريض النفسي على الأسرة. واستكشاف الاتجاهات التي تدور حول المرض النفسي ، وهل تتسم هذه الاتجاهات بالايجابية أم بالسلبية نحو المرضى النفسيين ، والخوف والابتعاد عنهم؟. والوقوف على طبيعة العلاقة بين المعتقدات حول المرض النفسي والاتجاهات السائدة نحوه ، وتكونت عينة الدراسة من ٥٥٤ طالبا وطالبة بالصف الثالث الثانوي العام بقسميه الأدبي والعلمي في مصر، واعتمد الباحث في دراسته على استخبار المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي ويتضمن جزأين: **الأول**: يختص بالمعتقدات ويتكون من (٣٤) بندا و**الثاني**: يختص بالاتجاهات ويشتمل على (١٢) بندا ، وكليهما من إعداد الباحث. ومن أهم نتائج الدراسة أنه أظهر أفراد عينة البحث تمسكهم ببعض المعتقدات الخاطئة حول طبيعة المرض النفسي وأسبابه وطرق علاجه وتأثير المريض على أفراد أسرته ، والطالبات يقدمن تصورا سلبيا عن طبيعة المرض النفسي بدرجة تفوق عينة الطلبة ، كما تبين تزايد اعتقاد الطلبة في العلاج بالوسائل الطبية بالمقارنة بعينة الطالبات ، ووجود بعض مظاهر الاتجاه السلبي نحو المرض النفسي وهذا الاتجاه يتزايد لدى عينة الطالبات عنه لدى عينة الطلبة ، ووجود علاقة بين المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي وظهور الاتجاهات السلبية نحو المرضى النفسيين نتيجة المعتقدات الشائعة عنهم.

١٤- **دراسة** (خليفة ، ١٩٨٧) وتهدف هذه الدراسة إلى معرفة معتقدات واتجاهات عائلات وأقارب المرضى النفسيين ومقارنتها باتجاهات الجمهور العام نحو هؤلاء المرضى ، ولهذه الغاية طبق الباحث مقياس من إعداده سنة (١٩٨٤) يتكون من (١٠١) عبارة ، (٧٤) عبارة تقيس المعتقدات و(٢٧) تقيس الاتجاهات ، على عينة تكونت من (٤٠٠) فرد مصري ، بحيث تنقسم العينة إلى قسمين (٢٠٠) من أقارب المرضى النفسيين وممن لهم علاقة مباشرة مع المرضى (١٠٠) من الذكور و(١٠٠) من الإناث ، و(٢٠٠) من الجمهور العام (١٠٠) من الذكور و(١٠٠) من الإناث ، وكشفت النتائج عن وجود معتقدات واتجاهات سلبية لدى من لهم علاقة مباشرة بالمرضى النفسيين من أسرهم وأقاربهم ومن ليس لهم علاقة بهؤلاء المرضى من الجمهور العام ، وأن

المتعلمين من العينة أكثر تسامحا ورغبة في التوجه للعلاج الحديث أكثر من الأميين ، وعكست الاتجاهات ما يوجد لدى أفراد العينة من تصورات خاطئة حول طبيعة المرض النفسي وأعراضه وأسبابه وطرق علاجه.

١٥- **دراسة** الشربيني وآخرون (Elshrbini, et al, 1981) وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على آراء واتجاهات أُسر المرضى النفسيين نحو المرض النفسي ، وقد أجريت الدراسة في مصر على عينة مكونة من (١٢٠) فرداً من أُسر مرضى نفسيين تم إدخالهم المستشفى لأول مرة ، وقد استخدم الباحث مقياسا أُعد لقياس آراء واتجاهات عائلات المرضى النفسيين نحو المرض النفسي ، وكانت أهم نتائجها أن الصورة المأخوذة عن المرضى النفسيين أنهم أكثر الأفراد خطورة في المجتمع ، وأن تقبل الأسرة لإقامة المريض النفسي في المستشفى فقط عندما تجد أن سلوكه أصبح لا يطاق ، وأن بعض الأُسر تُنكر وجود مرض نفسي في مرضاهم باعتباره وصمة للأسرة .

ثانيا: الدراسات العالمية

١ - دراسة ستيب وآخرون (Stip et al, 2006) تهدف إلى البحث في عمل تشاركي يتضمن المرضى النفسيين أو أعضاء الأسرة للفائدة عندما يكون الاندماج الاجتماعي و الفجوة بين المرضى النفسيين و المجتمع يراد تقييمها ، وأيضا معرفة المدركات واتجاهات الجمهور في مدينة كويبك (Quebec) كندا فيما يتعلق بمرضين نفسيين رئيسيين هما الفصام والهوس الاكتئابي ، ولهذه الغاية اختيرت العينة الممثلة للسكان (١٠٠١) شخص من مدينة كويبك في كندا ، وتم تطبيق استبانه من إعداد الباحثين ، وكشفت النتائج أن معدل الاستجابة (٦٠,٧%) من أفراد العينة ، وتم جمع معلومات من المستجيبين حول الإدراك لأسباب المرض والسلوك والاتجاه والوصمة والأدوية فيما يتعلق بالهوس الاكتئابي والفصام ، التعليم العالي والشباب مرتبطا بتقبل وتفهم أكثر لأسباب ومعالجة المرض النفسي ، ومقارنة بالهوس الاكتئابي فإن الفصام يفهم كمرض نفسي أكثر خطورة ، وأقل تسامحا ، وأكثر وصمة.

٢ - دراسة جوريجى وآخرون (Gureje et al, 2005) تهدف إلى الكشف عن الاتجاه نحو المرض النفسي ومعرفة الأفراد بالمرض النفسي في نيجيريا وقام الباحثون باختيار عينة ممثلة (٢٠٤٠ فردا) من سكان ثلاث ولايات نيجيرية وكانت نسبة الاستجابة من هذه العينة (٧٤,٢%) ، وتم تطبيق استبانه الدراسة عليهم التي كانت عباراتها عن الأمراض النفسية والصحة النفسية والوصمة ، وكشفت النتائج أن المعرفة بأسباب المرض كانت ضئيلة وعن مفاهيم شائعة عن أسباب المرض النفسي ، الاتجاهات السلبية كانت بنسبة (٩٦,٥%) لدى أفراد العينة حيث يعتقدون أن ذوى المرض النفسي خطيرون بسبب سلوكهم العنيف ، ومعظم الناس لا يتسامحون حتى مع الاتصالات الاجتماعية الأولية مع المرضى النفسيين ، وما نسبته (٨٢,٧%) من المستجيبين يخافون من إجراء محادثة مع المرضى النفسيين ، وفقط (١٦,٩%) يأخذون بالاعتبار ويقبلون الزواج من المرضى النفسيين .

٣ - دراسة سونغ وآخرون (Song et al, 2005) وهدفت هذه الدراسة إلى معرفة اتجاهات السكان نحو المرضى النفسيين في تايوان ، ولذلك تم اختيار عينة عشوائية من مختلف شرائح المجتمع وتم جمع المعلومات باستخدام نظام مقابلات الهاتف والحاسوب المتفاعل ، وكشفت النتائج أن سكان تايوان عندهم مستويات عالية ونسبية من الإحسان ، والتسامح مع تأهيل المرضى النفسيين في المجتمع مع عدم وجود قيود لا اجتماعية ، ومع ذلك عندهم اتجاهات أقل ايجابية نسبيا نحو عدم التسلط على المرضى النفسيين والمساواة مع المرضى النفسيين ، وعلاوة

على ذلك ، الاتصال المباشر مع المريض النفسي والعمر أكثر الارتباطات أهمية في اتجاهات المجتمع نحو المرضى النفسيين.

٤ - دراسة كبير وآخرون (Kabir et al, 2004) وهدفت هذه الدراسة إلى معرفة الاتجاهات والمعتقدات حول أسباب وأعراض وعلاج المرض النفسي لدى البالغين في المجتمع الريفي في شمال نيجيريا ، وتم تطبيق الاستبانة -التي فحصت مسبقا- على (٢٥٠) فردا بالغا يسكنون في قرية كارفي شمال نيجيريا ، وكشفت النتائج أن الأعراض الأكثر معرفة بين المبحوثين كأعراض للمرض النفسي بما فيها العدوانية أو التدميرية (٢٢%) ، الثرثرة (٢١,٢%) ، سلوك غريب (١٦,١%) ، التجوال (١٣,٣%) ، إدمان الخمور والمخدرات والحشيش ومخدرات الشارع الأخرى بنسبة (١٩%) ، السحر وتلبس الأرواح (١٨%) . وحوالي (٤٦%) من المبحوثين فضلوا العلاج الطبي للمرض النفسي ، (٣٤%) من المبحوثين يميلون للعلاج الروحي ، (١٨%) من المبحوثين يفضلون العلاج التقليدي بالأعشاب ، نصف المبحوثين تقريبا لديهم مشاعر سلبية تجاه المرض النفسي ، وأن الإناث في العينة تخشى وتتجنب المرضى النفسيين أكثر من الذكور ، و المبحوثون المتعلمون لديهم مشاعر ايجابية تجاه المرضى النفسيين أكثر من غير المتعلمين.

٥ - دراسة لوبير وآخرون (Lauber et al, 2004) هدفت إلى معرفة العوامل التي تؤثر علي الفوارق الاجتماعية نحو الناس ذوي المرض النفسي ومعرفة اتجاهات الناس نحو ذوى المرض النفسي في سويسرا ، حيث تم استخدام استبانة لمعرفة وجهات النظر (a vignette-based opinion survey) للعينة التي بلغ عددها (٥٩٤) فردا من المجتمع السويسري ، وكانت أهم النتائج لهذه الدراسة أن مستوى الفوارق الاجتماعية يزداد إذا تطلبت الأوضاع "التقارب الاجتماعي" ، ولقد وُجد بعد عمل وصف لشخص مريض بالفصام ، أن الاتجاهات للجوانب العامة للصحة النفسية (مساعدة الناس ، العلاج المجتمعي) ، المشاعر نحو هؤلاء المرضى ، والاتجاه نحو ما يتبع الأمراض النفسية (العلاج الطبي ، الآثار الجانبية للدواء ، والعقوبات السلبية مثل سحب رخصة قيادة السيارة) ، وُجد أنها تؤدي إلى وجود الفوارق الاجتماعية ،أما العوامل الديموغرافية مثل العمر والجنس والخلفية الثقافية تؤثر على الفوارق الاجتماعية ، حيث تتأثر الفوارق الاجتماعية كمفهوم متعدد الوجوه بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية ، أما بالنسبة للاتجاه العام للمبحوثين حول قضايا المرض النفسي ، خاصة الفصام ربما تزيد الفوارق الاجتماعية.

٦- **دراسة** أغانوا (Aghanwa , 2004) هدفت إلى معرفة الاتجاه نحو المرض النفسي في فيجي (Fiji) ، ولهذه الغاية اختيرت عينة قصدية convenience sampling من كل من بائعي السوق ، وسكان المناطق الحضرية ، والموظفون المهنيون وغيرهم من العاملين في المستشفيات والعيادات في مدينة سوفا (Greater Suva) أكبر مدن فيجي ، وبلغت العينة ٩٨٠ شخص ، وتمت صياغة الإستبانة لتتكون من خمسة أجزاء هي البيانات الديموغرافية ، والمعرفة بالمرض النفسي ، والمعتقدات حول المرض النفسي ، والمعرفة بالصحة النفسية الجيدة ، والمعرفة بالأعراض المبكرة للمرض النفسي ، وكشفت النتائج أن غالبية الأشخاص المشتركين في الدراسة عزوا أسباب المرض النفسي إلى الإدمان Substance abuse ، ويعتقدون بتنوع المرض النفسي ، واعتبروا أن المستشفيات مصدرا هاما للمساعدة والتعريف بفعالية الدواء . وأن أقل من خُمس أفراد الدراسة أعربوا عن رضاهم بالزواج أو توظيف المريض النفسي ، وحوالي (٤٢%) من العينة قد أعاقتهم الحيرة من طلب المساعدة ، أما اكتساب التعليم كان مرتبطا مع المعرفة بالمرض النفسي باستثناء المعرفة حول أعراض المرض المبكرة ، وأفراد العينة من ذوي المهن الجيدة ، والغير متزوجون ، والإناث ، وصغار السن ، والقاطنين في الأماكن الحضرية اشتركوا جميعا بالاتجاه الموجب نحو المرض النفسي.

٧- **دراسة** أوستمان وكجلين (Ostman and Kjellin, 2002) تهدف إلى معرفة العوامل النفسية المرتبطة بوصمة أقارب المرضى النفسيين ، ولهذه الغاية اختيرت عينة عشوائية تتكون من (١٦٢) من أقارب المرضى النفسيين من أربع مراكز سويدية ، التي تستقبل المرضى النفسيين بالطريقة الطوعية والقسرية ، وتم تطبيق استبانه تتكون من ٩٥ سؤال تتعلق بالوصمة واتجاه أقارب المرضى النفسيين نحو رعاية المرضى النفسيين في المستشفيات والمراكز النفسية ، وكشفت النتائج أن غالبية أقارب المرضى النفسيين مروا بتجربة العوامل النفسية للوصمة ، وما نسبته (١٨%) من الأقارب قد فكروا عدة مرات بأنه سيكون أفضل لو كان المريض ميتا ، وما نسبته (١٠%) من أقارب المرضى النفسيين مروا بتجربة أفكار الانتحار لدى مرضاهم ، وأن الوصمة كانت أكبر لدى الأقارب الذين مروا بتجربة مشاكل الصحة النفسية الخاصة بمرضاهم ، ولم تؤثر فيهم العوامل النفسية المرتبطة بالوصمة نتيجة خصائص المرض النفسي .

٨- **دراسة جورم** (Jorm , 2000) هدفت إلى تقديم مفهوم أدبيات المرض النفسي إلى جمهور أوسع لجمع الأبحاث المتنوعة معا والمتعلقة بهذا العنوان ولتحديد الفجوات في هذا الحقل ، من خلال مراجعة سردية في إطار عمل مفاهيمي ، وكشفت النتائج أن الكثير

من أعضاء المجتمع لا يستطيعون التعرف على الأمراض النفسية المختلفة أو الفرق بينها ، وأن الجمهور أو أعضاء المجتمع يختلف مع خبراء الصحة النفسية في معتقداتهم حول أسباب الأمراض النفسية والعلاج الفعال لها ، وأن الاتجاهات التي تعوق وتخفى المعرفة وطلب المساعدة الملائمة هي أمر شائع ، وأن الكثير من معلومات الصحة النفسية المتوافرة لدى الجمهور تسئ الفهم والدلالة حول الأمراض النفسية ، ومع ذلك هناك أدلة على أن أدبيات الصحة النفسية يمكن تحسينها .

٩ - دراسة وولف و آخرون **(**Wolff et al, 1996) هدفت إلى الكشف عن معرفة المجتمع البريطاني بالأمراض النفسية وتفاعل المجتمع مع المرضى النفسيين . وقام الباحثون بتطبيق إستبانة من إعدادهم وتكونت من ثلاثة عوامل هي (خوف واستثناء ، سيطرة اجتماعية ، ونية حسنة) على (٢١٥) شخص في المملكة المتحدة (بريطانيا) . وكشفت النتائج أن (٢١%) مِنْ المستجيبين لا يَستطيعُ أَنْ يُسمي أيّ نوع من أنواع الأمراضِ النفسية ، وأن (١٩%) يُمْكِنُ أَنْ يُسمي نوع واحد فقط و(٦٠%) يُمْكِنُ أَنْ يَسمّي نوعان أَو أكثر. وأن المستجيبون الذين يُمْكِنُ أَنْ يُسموا نوع واحد أو نوعان أَو على الأقل ثلاثة أنواع من الأمراضِ النفسية لديهم سيطرة اجتماعية أقل مِنْ أولئك الذين لا يَستطيعونَ أَنْ يُسموا أيّ نوع من الأمراض النفسية ، وأن (٤٦%) مِنْ المستجيبين كَانوا قادرين على إعْطاء التعريفِ الصحيحِ للإعاقة العقلية ، و(٤٩%) كَانوا قادرين على إعْطاء مثالَ صحيح عن الإعاقة العقلية ، و(٥٢%) كَانوا قادرين على التمييز بشكل صحيح بين المرضِ النفسي والإعاقة العقلية. وأن أكثر المستجيبين (٧٤%) اعتقدوا بأنّ المرضى نفسيا ليسوا أقل أو أكثر ذكاء ، و(٩%) من المستجيبين اعتقدوا بأنّ المرضى نفسيا كَانوا أقل ذكاء ، و(٩%) من المستجيبين أجابوا بلا أَعْرفْ ، و(٨%) من المستجيبين اعتقدوا بأنّ المرضى نفسيا أكثر ذكاءً . وأن المستجيبين الذين استطاعوا أن يُسموا نوع أو نوعان أو على الأقل ثلاثة أنواع من الأمراض النفسية أظهروا ضبطا اجتماعيا اقل من الذين لم يستطيعوا تسمية أي نوع من أنواع الأمراض النفسية . وأن المستجيبين الذين استطاعوا بشكل صحيح أن يعرفوا الإعاقة العقلية ويميزها عن المرض النفسي أظهروا ضبطا اجتماعيا ونية حسنة أقل . وأن المستجيبين الذين اعتقدوا أن المرضى النفسيين أقل ذكاء أظهروا خوف واستثناء وضبطا اجتماعيا أكثر. وأن المجموعات التي أظهرت اتجاهات الضبط الاجتماعي بشكل كبير (خاصة أولئك الذين تزيد أعمارهم عن (٥٠) سنة ، وأولئك الذين من الطبقة الاجتماعية الدنيا ، وأولئك الذين ليسوا من أصول قوقازية) ولديهم معرفة أقل بالأمراض النفسية . وأن المستجيبين الذين لديهم أطفال أظهروا خوف واستثناء أكثر ممن ليس لديهم معرفة قليلة بالأمراض النفسية.

١٠- دراسة آنجرمير وماتسشنجر (Angermeyer and Matschinger, 1996) وهدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر الخبرة الشخصية مع المرض النفسي على الاتجاه نحو الأفراد الذين يعانون من الأمراض النفسية ، ولذلك وبناء على نتائج المسحين اللذين أجريا في ألمانيا سنة ١٩٩٠ وسنة ١٩٩٣ فقد فحص الباحثان إلى أي مدى الخبرة الشخصية مع المرض النفسي ربما تؤثر على الاتجاهات نحو المرضى النفسيين . وكشفت النتائج أن ذوي الخبرة الشخصية مع المرض النفسي لديهم مشاعر ايجابية ومتكررة تجاه المرضى النفسيين أكثر من أولئك الذين ليس لديهم تجربة أو خبرة شخصية مع المرض النفسي . وأيضا ذوي الخبرة الشخصية مع المرض النفسي يميلون إلى التفاعل بدون خوف مع المرضى النفسيين أكثر من أولئك الذين ليس لديهم خبرة شخصية مع المرض النفسي ، وإذا كان المرضى النفسيين لديهم عدوانية ، فان ذوي الخبرة الشخصية مع المرض النفسي يميلون إلى تبني مشاعر سلبية وتجنب أولئك المرضى . وكانت هناك مؤشرات إلى أن التعرض للإصابة بالمرض النفسي يولد اتجاها ايجابيا لدى الفرد نحو المرض النفسي ، وأن هذه النتائج لا تدل فقط على اتجاهات أفراد العينة بل نستطيع أن نعتبرها نتائج محتملة لجميع الأفراد ذوي الخبرة الشخصية مع المرضى النفسيين.

١١- دراسة وولف و آخرون **(**Wolff et al, 1996) هدفت إلى الكشف عن طرق زيادة واكتساب الاتصالات الاجتماعية التي يحتاج إليها المريض النفسي لتحسين الاندماج في المجتمع ، ومعرفة ما إذا كانت اتجاهات الجمهور نحو المرضى النفسيين تتغير أو حول كم التغيرات التي تؤثر على هذا الاندماج ، ثم تقييم حملة شعبية تربوية على اتجاه المجتمع نحو المرض النفسي ضمن دراسة ضابطة ، بدأت الدراسة قبل افتتاح طاقم المجموعات البيتية للمرضى النفسيين في منطقة فقيرة في لندن ، وتم مقابلة الجيران الذين يعيشون على نفس الشوارع لهذه المجموعات البيتية ، اعتبارا لاتجاهاتهم نحو المرض النفسي ، ومعرفتهم للمرض النفسي ، وتفاعلهم مع المرضى النفسيين ، ومعرفتهم بطرق انتقال الرعاية إلى المجتمع ، ومن ثم أجريت حملة تربوية على منطقة من المنطقتين اللتان تم دراستهما ، وهذا البرنامج يتألف من مركبات تعليمية واجتماعية يهدف إلى زيادة المعرفة حول المرض النفسي لجعل الناس أقل حذرا مع المرضى النفسيين ، ولتبنى وتحسين الاندماج الاجتماعي بعد هذا البرنامج تم إعادة المسح الاتجاهى في الموقعين ، وكذلك تم تسجيل الاتصال الاجتماعي للمرضى مع جيرانهم ، وكشفت النتائج أن المركب التعليمي للبرنامج التربوي أدى إلى زيادة طفيفة في المعرفة حول المرض النفسي ، ومع ذلك الجيران في منطقة البحث اظهروا رفضا كبيرا للخوف واتجاهات الرفض للمرضى النفسيين ، بينما في المنطقة الضابطة لم يكونوا كذلك . الاتصال الاجتماعي للجيران

مع المرضى النفسيين و الطاقم التابع للمجموعة البيتية كان ملحوظا ومتكررا في المنطقة التي تمت فيها الحملة التربوية ، وأن معظم المرضى في منطقة التدخل كان لهم اتصالا مع الجيران حتى أن البعض كونوا صداقات ، وبمقارنة المرضى في المنطقة الضابطة لم يكن هناك اتصالا مع الجيران أو تكوين صداقات.

١٢- دراسة نورمان ومالا (Norman and Malla , 1983) وهدفت الدراسة إلى معرفة اتجاهات المراهقين نحو المرض النفسي ، ولهذه الغاية تم تطبيق استبانه على عينة تكونت من (٤١٢) من طلاب المدارس الثانوية ، وكانت أهم النتائج أنه بينما مركبات الاتجاهات ليست مترابطة يكون إدراك شدة المرض النفسي مرتبطاً ايجابياً مع الأسباب الجسمية وسلبيا مع التقبل الاجتماعي ، ويترابط ايجابياً كل من المعتقدات في الأسباب النفسمجتمعية للمرض النفسي والعلاج النفسي المجتمعي مع اعتقادات متفائلة بأن يحدث تطور للأفضل للمريض النفسي ، وأن الاعتقاد بملائمة العلاج النفسي المجتمعي مرتبط أكثر مع التقبل الاجتماعي للمرضى النفسيين ، بينما الاعتقاد بالعلاج الطبي يرتبط سلبياً مع التقبل الاجتماعي للمرضى النفسيين ، وأيضا كشفت النتائج أن الاختلاف بين الذكور والإناث في التقبل الاجتماعي للمرضى النفسيين ربما يكون مرتبطا بالاختلاف في المعتقدات حول أسباب المرض النفسي النفسمجتمعية ومدى ملائمة العلاج النفسي المجتمعي.

ثالثا/ تعقيب على الدراسات السابقة:

بعد مراجعة الدراسات السابقة والتي أجريت في المجتمعات العربية والأجنبية تبين للباحث الملاحظات التالية:

أولاً: تباينت العينات التي تناولتها الدراسات السابقة ، حيث أجريت بعض الدراسات على عينات من ذوي المرضى النفسيين كأُسر المرضى النفسيين وأقاربهم ، وعينات من غير ذوي المرضى النفسيين كأفراد المجتمعات بشكل عام ، أو الطلبة من الجامعات والمدارس الثانوية ، أو المرضى أنفسهم، أو العاملين في مراكز الرعاية الأولية.

ومن الدراسات التي عنيت بدراسة اتجاهات ذوى المرضى النفسيين نحو المرض النفسي دراسة (Ostman and Kjellin, 2002) ، و دراسة (الطراونة وآخرون ، ٢٠٠١) ، و دراسة (عبد الرحمن وعبد الجواد ، ١٩٨٩) ، ودراسة (خليفة ، ١٩٨٧) ، و دراسة (Elshrbini et al, 1981) .

ومن الدراسات التي اهتمت بدراسة إتجاهات الأفراد من غير ذوي المرضى النفسيين نحو المرض النفسي دراسة كل من (Stip et al, 2006) ، و(Gureje et al, 2005) ، و(Song et al, 2005) ، و(Kabir et al, 2004) ، و(Lauber et al, 2004) ، و(Aghanwa, 2004) ، و(قوتة ، ٢٠٠٠) ، و(Jorm, 2000) ، و(السطرى وآخرون ، ١٩٩٩) ، و(Wolff et al, 1996) ، و(Angermeyer and Matschinger 1996) .

ومن الدراسات التي اهتمت بدراسة اتجاهات الطلبة من الجامعات ومن المدارس الثانوية نحو المرض النفسي دراسة كل من (بركات وحسن ، ٢٠٠٦) ، و(شقير ، ١٩٩٤) ، و(كفافى ، ١٩٩٤) ، و(Norman and malla, 1983).

ويجد الباحث اختلاف وتباين في الدراسات السابقة ، إذ أشارت أغلب الدراسات التي تناولت اتجاهات الأفراد من ذوى المرضى النفسيين إلى وجود اتجاهات سالبة لديهم نحو المرض النفسي ومن هذه الدراسات دراسة (Ostman and Kjellin, 2002) ، ودراسة (عبد الرحمن وعبد الجواد ، ١٩٨٩) ودراسة (خليفة ، ١٩٨٧) ، ودراسة الشربيني وآخرون (Elshrbini et al, 1981) ، على عكس دراسة (الطراونة وآخرون ، ٢٠٠١) التي أشارت إلى وجود إتجاهات ايجابية لدى الأفراد من ذوى المرضى النفسيين نحو المرض النفسي .

وأما الدراسات التي تناولت موضوع الاتجاهات لدى الأفراد من غير ذوي المرض النفسيين فقد وجد الباحث أن أغلب هذه الدراسات أشارت إلى اتجاهات سلبية نحو المرض النفسي كدراسة (Gureje et al. 2005) ، ودراسة (lauber et al, 2004) ، ودراسة (زقوت ، ٢٠٠١) ، ودراسة (Jorm , 2000) ، ودراسة (السطري وآخرون ، ١٩٩٩) ، ودراسة (Wolff et al, 1996) ، ودراسة (شقير ، ١٩٩٤) ، ودراسة (خليفة ، ١٩٨٩) ، ودراستان فقط أشارت إلى وجود اتجاهات ايجابية نحو المرض النفسي لدى الأفراد من غير ذوي المرضى النفسيين ، دراسة (بركات وحسن ، ٢٠٠٦) ، ودراسة (Song et al, 2005) .

وقام الباحث باختيار عينة الدراسة الحالية من ذوي المرضى النفسيين والذين يترددون على عيادات برنامج غزة للصحة النفسية لعلاج مرضاهم النفسيين.

ثانياً: وفي ضوء المتغيرات التي تعرضت لها الدراسات السابقة قام الباحث باختيار متغيرات الدراسة الحالية ، حيث تم اختيار بعض المتغيرات بما يتفق مع الدراسات السابقة وخاصة المتغيرات الديموغرافية مثل العمر والجنس ومكان السكن والمستوى التعليمي ومستوى الدخل الشهري ، بالإضافة إلى متغير مستوى التدين الذي لم تتعرض له الدراسات السابقة ورأى الباحث أهمية لإضافته إلى الدراسة الحالية .

ثالثاً: استخدمت كثير من الدراسات السابقة المنهج الوصفي التحليلي ومنها دراسة (بركات وحسن ، ٢٠٠٦) ودراسة (زقوت ، ٢٠٠١) ، ويقوم الباحث باستخدام هذا المنهج في الدراسة الحالية.

رابعاً: أما بخصوص الأدوات والمقاييس فمنها ما قام الباحثون بإعدادها أو تعريبها أو تكييفها مع البيئة التي أجريت فيها الدراسة ، ومنهم من استخدم مقاييس وأدوات من إعداد باحثين آخرين لملائمتها لطبيعة دراساتهم.
ولكن الدراسة الحالية اعتمدت على أدوات قام الباحث بإعدادها لتلائم البيئة الفلسطينية ، وتم التأكد من صدقها وثباتها قبل تطبيقها.

خامساً: لقد تنوعت الأساليب الإحصائية المستخدمة في هذه الدراسات تبعاً لتنوع الأهداف والمتغيرات ، ومن أكثر الأساليب شيوعاً في هذه الدراسات : حساب المتوسطات الحسابية ، والانحرافات المعيارية ، ومعاملات الارتباط ، وتحليل التباين ، واختبار (ت) ، وبعضها استخدم اختبار (LSD) للمقارنات البعدية.

والدراسة الحالية استضاءت بهـذه الأسـاليب فاسـتخدمت النـسبة المئويـة ، والتكـرارات ، والمتوسطات الحسابية ، والانحرافات المعيارية ، والوزن النـسبي ، تحليـل التبـاين الأحـادي لدراسة الفروق لأكثر من متغيرين ، ومعامل ارتباط بيرسون لدراسة العلاقـة بـين متغيـرين أحدهما تابع والآخر مستقل ، واختبار (ت) لعينتين مستقلتين وكذلك للمقارنة بين متوسط فئتـين مختلفتين بالنسبة لمتغير تابع ، واختبار (شيفيه) للمقارنات البعدية.

سادساً: وتتميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة في أمرين:
الأول: عينة الدراسة حيث أجريت الدراسة الحالية على ذوي المرضى النفسيين في قطاع غـزة والتي لم تحظ بدراسات سابقة (في حدود علم الباحث) في نفس الموضوع.
الثاني: أن الدراسة الحالية هي الدراسة الأولى (في حدود علم الباحث) التي تتعـرض لدراسـة العلاقة بين الاتجاه نحو المرض النفسي ومستوى التدين لدى ذوي المرضى النفسيين في قطـاع غزة.

ولقد استفاد الباحث من الدراسات السابقة في بلورة فكرة الدراسة الراهنة وفي صـياغة أهـدافها وأسئلتها وفروضها وكذلك من الأساليب الإحصائية المستخدمة في تلك الدراسات ، ومن أهم تلك الدراسات دراسة (بركات وحسن ، ٢٠٠٦) ودراسة (زقـوت ، ٢٠٠١) ودراسـة (الطراونـة وآخرون ، ٢٠٠١) ، ودراسة (كفافي ، ١٩٩٤).

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة الميدانية

- منهج الدراسة
- مجتمع الدراسة
- عينة الدراسة
- أدوات الدراسة
- إجراءات التطبيق
- المعالجة الإحصائية

إجراءات الدراسة الميدانية

مقدمة:

يوضح الباحث من خلال هذا الفصل الخطوات والإجراءات التي تمت في الجانب الميداني من الدراسة ويتضمن تحديد المنهج والمجتمع الأصلي والعينة ويتضمن كذلك أدوات الدراسة وإجراءات تطبيق الإستبانه وتحديد الأسلوب الإحصائي المستخدم في الدراسة ، وذلك على النحو التالي:

أولاً: منهج الدراسة:

اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي للإجابة على الأسئلة المحددة ، باعتباره طريقة في البحث عن الحاضر، وأيضاً لبيان الظاهرة المراد دراستها كما توجد في الواقع ، ووصفها وصفاً دقيقاً .

إن الباحث من خلال هذا المنهج يتناول دراسة أحداث وظواهر وممارسات قائمة موجودة ومتاحة للدراسة والقياس كما هي ، وذلك لاختبار فروض معينة تمهيداً للإجابة عن تساؤلات محددة سلفاً بدقة تتعلق بالظواهر الحالية ، دون تدخل من الباحث في مجرياتها (دياب، ٢٠٠٣ : ٨٢).

ثانياً: مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من الأفراد البالغين (ذكور وإناث) من ذوي المرضى النفسيين (الأب أو الأم أو الأخ أو الأخت أو الزوج أو الزوجة أو أحد الأبناء) ، ويمثلهم من يرافق المريض النفسي خلال مراجعته عيادات برنامج غزة للصحة النفسية ، ومن خلال مكتب التسجيل والإحصاء التابع لبرنامج غزة للصحة النفسية بلغ عدد المرضى النفسيين المسجلين في الفترة من أول إبريل ٢٠٠٨ وحتى نهاية أيلول ٢٠٠٨ ميلادي (٣٠٠٠) مريضاً ، أمكن تحديد مجتمع الدراسة بواقع مرافق واحد لكل مريض نفسي أي (٣٠٠٠) فرداً من الأفراد الذين يرافقون مرضاهم إلى تلك العيادات وهي:

عيادة غزة وتقدم الرعاية النفسية لسكان محافظتي غزة والشمال ، وعيادة دير البلح حيث تقدم الرعاية النفسية لسكان محافظة الوسطى ، وأما عيادة خان يونس فتقدم الرعاية النفسية لمحافظتي خان يونس ورفح.

ثالثاً: عينة الدراسة :

العينة الاستطلاعية:

تم تطبيق الاستبانة على (٤٨) فرد من ذوي المرضى النفسيين الذين يترددون على برنامج غزة للصحة النفسية بالطريقة العشوائية البسيطة بغرض التأكد من صلاحية أداة الدراسة واستخدامها لحساب الصدق والثبات.

العينة الفعلية للدراسة:

تكونت العينة الفعلية للدراسة من (٣٠٠) فرد ، وبنسبة (١٠%) من المجتمع الأصلي من ذوي المرضى النفسيين (الأب أو الأم أو الأخ أو الأخت أو الزوج أو الزوجة أو أحد الأبناء) ، وقد تم اختيارها بالطريقة العشوائية المنتظمة ، حيث كان يتم اختيار مرافق المريض النفسي الذي يحمل رقماً من مضاعفات الرقم (١٠) في السجلات اليومية للمرضى النفسيين المراجعين لعيادات برنامج غزة للصحة النفسية ، حيث بلغ متوسط أعمارهم - ذوي المرضى النفسيين- (٣٢,٨) سنة بانحراف معياري (١٠,٣) سنة ، و يتضح من التالي مواصفات أفراد العينة :

١. نوع الجنس لأفراد العينة:

أشارت النتائج إلى أن (٤٥%) من أفراد العينة ذكور ، بينما (٥٥%) كانوا من الإناث ، ويتضح ذلك من خلال جدول (٤,١):

جدول (٤,١) نوع الجنس لأفراد العينة

نوع الجنس	التكرار	النسبة %
ذكر	135	45.0
أنثي	165	55.0
المجموع	300	100.0

٢. مكان الإقامة لأفراد العينة:

نصف أفراد العينة يسكنون في المدينة وبنسبة (٥٠%) ، بينما (٢٣%) يسكنون في القرى ، و(٢٧%) يسكنون في المخيم ، ويتضح ذلك من خلال جدول (٤,٢):

جدول (٤,٢) مكان الإقامة لأفراد العينة

مكان الإقامة	التكرار	النسبة %
مدينة	150	50.0
قرية	69	23.0
مخيم	81	27.0
المجموع	300	100.0

٣. المستوى التعليمي لأفراد العينة:

تبين من التحليل أن (٣٦,٣%) من أفراد العينة حاصلين على شهادة الثانوية العامة ، بينما (١٨%) حاصلين على الشهادة الإعدادية ، و (٢١,٧%) حاصلين على الشهادة الجامعية فما فوق ، و (١٠,٧%) حاصلين على الشهادة الابتدائية ، ويتضح ذلك من خلال جدول (٤,٣):

جدول (٤,٣) المستوى التعليمي لأفراد العينة

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة %
لم يتعلم	9	3.0
ابتدائي	32	10.7
إعدادي	54	18.0
ثانوي	109	36.3
دبلوم	31	10.3
جامعي فما فوق	65	21.7
المجموع	300	100.0

٤. مستوى الدخل الشهري لأفراد العينة:

الغالبية العظمى من أفراد العينة مستوى الدخل الشهري لهم كان أقل من (١٢٠٠) شيكل وبنسبة (٧٠%) ، بينما (١٩,٣%) تراوح مستوى دخلهم الشهري بين ١٢٠١ – ٢٥٠٠ شيكل ، ويتضح ذلك من خلال جدول (٤,٤):

جدول (٤,٤) مستوى الدخل الشهري لأفراد العينة

مستوى الدخل الشهري	التكرار	النسبة %
اقل من ١٢٠٠ شيكل	210	70.0
من ١٢٠١- ٢٥٠٠ شيكل	58	19.3
من ٢٥٠١ - ٣٥٠٠ شيكل	18	6.0
٣٥٠١ شيكل فما فوق	14	4.7
المجموع	300	100.0

رابعاً: أدوات القياس المستخدمة في الدراسة:

قام الباحث باستخدام أداتين للدراسة حسب المتغيرات الموجودة فيها ، مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي ، و مقياس مستوى التدين وهما من إعداد الباحث .

١- مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي:

خطوات إعداد المقياس:

تم استعراض ما هو متاح من أدوات ومقاييس تتعلق بالاتجاه نحو المرض النفسي ، ووجد الباحث - في حدود علمه – مقياس (بركات وحسن ، ٢٠٠٦) تناول الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه في البيئة الفلسطينية (الضفة الفلسطينية) والذي يتكون من (٢٠) بنداً حول الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه ، ومقياس (شقير ، ٢٠٠٢) تناول الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة العربية (مصرية – سعودية) والذي يتكون من (١٦) عبارة حول الاتجاه نحو المرض النفسي ، ومقياس (زقوت ، ٢٠٠١) ، ومقياس (قوتة ، ٢٠٠٠) ، حيث استفاد الباحث من المقاييس السابقة في إعداد فقرات المقياس.

وصف المقياس:

يشمل المقياس في صورته النهائية (١٩) عبارة عن الاتجاه نحو المرض النفسي (ملحق رقم ٥) ، تم صياغة العبارات التي تُعبر عن الاتجاه السالب نحو المرض النفسي وهي (١٣) عبارة ، وكذلك العبارات التي تُعبر عن الاتجاه الموجب نحو المرض النفسي وهي (٦) عبارات ، روعي في إعداد الفقرات التنويع في صياغتها اللغوية لتحاشي الإجابات النمطية من المبحوثين .

أعطيت فقرات المقياس درجات (٢) ، (١) ، (صفر) – حسب طريقة ثرستون – حيث أن العبارات الموجبة والتي تُعبر الموافقة عليها عن اتجاه ايجابي ، أما العبارات السالبة أو التي تُعبر عن اتجاه سلبي فتكون هذه الدرجات عكسية (صفر) ، (١) ، (٢) ، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين (صفر- ٢) ، وعلى ذلك تُمثل الدرجة المرتفعة على المقياس عن تزايد الاتجاه الايجابي نحو المرض النفسي.

الصدق والثبات للمقياس:

أولاً: التحقق من صدق مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي بالطرق التالية:

١ - صدق المحكمين:

عُرض المقياس في صورته الأولى (ملحق رقم ٣) على (٨) من الأساتذة الجامعيين والمختصين في هذا المجال لإبداء الرأي فيه ، من حيث ملائمة العبارات لقياس الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة الفلسطينية ، وصياغة العبارات بصورة سليمة وواضحة ، وشطب أو تعديل أو إضافة عبارات جديدة يجدونها مناسبة ، وفي ضوء آراء السادة المحكمين (ملحق رقم ١) ، قام الباحث بتفريغ آراء المحكمين وحساب تكرارات اتفاقهم على كل عبارة ، وقد تم اختيار العبارات التي اتفق عليها (٨٠%) فأكثر من المحكمين ، وقد تم استبعاد عبارة واحدة من المقياس ، وتم أيضاً تعديل بعض العبارات ، وصار المقياس يضم (٢٢) عبارة.

٢ - صدق الاتساق الداخلي Internal consistency :

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات مقياس الإتجاه نحو المرض النفسي والدرجة الكلية للمقياس ، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس ، ويتضح ذلك من خلال جدول (٤,٥):

جدول(٤,٥) معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الاتجاه نحو المرض و الدرجة الكلية للمقياس

الفقرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الفقرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	0.52	٠,٠١ دالة إحصائياً	١٢	0.52	٠,٠١ دالة إحصائياً
٢	0.35	٠,٠١ دالة إحصائياً	١٣	0.53	٠,٠١ دالة إحصائياً
٣	0.44	٠,٠١ دالة إحصائياً	١٤	0.41	٠,٠١ دالة إحصائياً
٤	0.53	٠,٠١ دالة إحصائياً	١٥	0.59	٠,٠١ دالة إحصائياً
٥	0.35	٠,٠١ دالة إحصائياً	١٦	0.44	٠,٠١ دالة إحصائياً
٦	0.33	٠,٠٢ دالة إحصائياً	١٧	0.59	٠,٠١ دالة إحصائياً
٧	0.09	٠,٥٥ غير دالة	١٨	0.42	٠,٠١ دالة إحصائياً
٨	0.46	٠,٠١ دالة إحصائياً	١٩	0.55	٠,٠١ دالة إحصائياً
٩	0.46	٠,٠١ دالة إحصائياً	٢٠	0.47	٠,٠١ دالة إحصائياً
١٠	0.05	٠,٧٢ غير دالة	٢١	0.09	٠,٥٧ غير دالة
١١	0.48	٠,٠١ دالة إحصائياً	٢٢	0.34	٠,٠١ دالة إحصائياً

تبين من جدول رقم (٤,٥) أن فقرات مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائيا ، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (٠,٣٣ - ٠,٥٩)، وهذا يدل على أن مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي يتمتع بمعامل صدق عالي ، ما عدا الفقرات رقم (٧ ، ١٠ ، ٢١) غير دالات إحصائياً فلذلك تم حذفهما من المقياس .

٣- صدق المقارنة الطرفية Test Of Extreme Groups :

تقوم هذه المقارنة في جوهرها على تقسيم المقياس إلى قسمين ويقارن متوسط الربع الأعلى في الدرجات بمتوسط الربع الأدني في الدرجات .وبعد توزيع الدرجات تم إجراء طريقة المقارنة الطرفية بين أعلى (٢٥%) من الدرجات وأقل (٢٥%) من الدرجات ، حيث تم احتساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة إختبار (ت) ، ويتضح ذلك من خلال جدول (٤,٦) :

جدول (٤,٦) نتائج إختبار (ت) لدراسة الفروق بين متوسطي مرتفعي ومنخفضي الدرجات في مقياس الإتجاه نحو المرض النفسي

المجموعات	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
أقل ٢٥% من الدرجات	44.4	3.8	-١١,٧	دالة 0.01
أعلى ٢٥% من الدرجات	60.4	2.7		

تبين من جدول (٤,٦) وجود فروق جوهرية دالة إحصائياً بين متوسط مرتفعي الدرجات و متوسط منخفضي الدرجات في الإتجاه نحو المرض النفسي ، وهذا يدل على أن المقياس يميز بين الأفراد ذوى الدرجات العليا والأفراد ذوى الدرجات الدنيا في درجات مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي ، ومما يعني أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ. مما يشير إلى صلاحية المقياس للتمييز بين الدرجات العليا والدرجات المنخفضة.

ثانياً: التحقق من ثبات مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي كالتالي :

للتحقق من ذلك تم حساب الثبات بطريقتين وهما:

١ - الثبات بطريقة ألفا – كرونباخ Alpha :

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (٤٨) فرد من عائلات المرضى النفسين ، وبعد تطبيق المقياس تم حساب معامل الفا كرونباح لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس الكلي تساوي (٠,٧٧) ، وهذا دليل كافي على أن مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي وفقراته يتمتع بمعامل ثبات عال.

٢ - الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split _half methods :

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (٤٨) فرد من عائلات المرضى النفسين ، وبعد تطبيق المقياس ، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود المقياس إلى نصفين ، حيث تم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس ، وقد بلغ معامل ارتباط بيرسون لمقياس الاتجاه نحو المرض النفسي بهذه الطريقة (٠,٦١) ، وبعد استخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (٠,٧٦) ، وهذا يدل على أن مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي لديه درجة ثبات مرتفعة .

٢- مقياس مستوى التدين :

خطوات إعداد المقياس:

شرع الباحث بإعداد مقياس خاص للتدين وقد استفاد من اطلاعه على ما هو متاح من أدوات ومقاييس تتعلق بقياس مستوى التدين ، ولم يجد الباحث - في حدود علمه – سوى أدوات تركز على قياس السلوك الديني كمقياس (الجريسي ، ٢٠٠٣) ، وأما مقياس (الخضري ، ٢٠٠٣) فيركز على الالتزام الديني ، وآخر يركز على الوعي الديني مقياس (البحيري و دمرداش ، ١٩٨٨) ، لذلك لجأ الباحث إلى وضع مقياس للتدين ، وقد استعار بعض البنود من المقاييس السابقة وعدّل بعضها وأضاف بنوداً أخرى لتساعد في وضع فكرة شاملة حول التدين ، إلى أن بلغ عدد العبارات إلى (٢٠) عبارة (ملحق رقم ٤).

وصف المقياس:

يشمل المقياس في صورته النهائية (١٨) عبارة تتطرق إلى جوانب متعددة للتدين ، كالصلاة ، والصيام ، وتلاوة القرآن الكريم ، ودفع الزكاة ، والذِّكر ، وحب الخير للناس ، والأمر بالمعروف والنهي عن المنكر (ملحق رقم ٥).

الصدق والثبات للمقياس:

أولاً: التحقق من صدق مقياس التدين بالطرق التالية:

١- صدق المحكمين:

عُرض المقياس في صورته الأولى (ملحق رقم ٤) على (٨) من الأساتذة الجامعيين والمختصين في هذا المجال لإبداء الرأي فيه ، من حيث ملائمة العبارات لقياس مستوى التدين ، وصياغة العبارات بصورة سليمة وواضحة ، وشطب أو تعديل أو إضافة عبارات جديدة يجدونها مناسبة ، وفي ضوء آراء السادة المحكمين (ملحق رقم ١) ، قام الباحث بتفريغ آراء المحكمين وحساب تكرارات اتفاق المحكمين على كل عبارة ، حيث تم تعديل العبارات التي اتفق على تعديلها (٨٠%) فأكثر من المحكمين ، وبقي المقياس يضم (٢٠) عبارة مُعدلة .

٢- صدق الاتساق الداخلي Internal consistency :

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات مقياس مستوى التدين والدرجة الكلية للمقياس ، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس ، ويتضح ذلك من خلال جدول (٤,٧):

جدول(٤,٧) معاملات الارتباط بين فقرات مقياس مستوى التدين و الدرجة الكلية للمقياس

الفقرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الفقرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	0.49	٠,٠١ دالة إحصائياً	١١	0.54	٠,٠١ دالة إحصائياً
٢	0.52	٠,٠١ دالة إحصائياً	١٢	0.44	٠,٠١ دالة إحصائياً
٣	0.62	٠,٠١ دالة إحصائياً	١٣	0.61	٠,٠١ دالة إحصائياً
٤	0.74	٠,٠١ دالة إحصائياً	١٤	0.59	٠,٠١ دالة إحصائياً
٥	0.63	٠,٠١ دالة إحصائياً	١٥	0.48	٠,٠١ دالة إحصائياً
٦	0.36	٠,٠١ دالة إحصائياً	١٦	0.71	٠,٠١ دالة إحصائياً
٧	0.08	٠,٥٩ غير دالة	١٧	0.73	٠,٠١ دالة إحصائياً
٨	0.36	٠,٠١ دالة إحصائياً	١٨	0.68	٠,٠١ دالة إحصائياً
٩	0.82	٠,٠١ دالة إحصائياً	١٩	0.52	٠,٠١ دالة إحصائياً
١٠	0.03	٠,٨٥ غير دالة	٢٠	0.68	٠,٠١ دالة إحصائياً

تبين من جدول رقم (٤,٧) أن فقرات مقياس مستوى التدين تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائيا ، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (٠,٣٦- ٠,٨٢)، وهذا يدل على أن فقرات مقياس مستوى التدين يتمتع بمعامل باتساق داخلي مرتفع ، ما عدا الفقرات رقم (٧ ، ١٠) غير دالات إحصائياً ، فلذلك تم حذفهما من المقياس .

٣- صدق المقارنة الطرفية Test Of Extreme Groups :

تقوم هذه المقارنة في جوهرها على تقسيم المقياس إلى قسمين ويقارن متوسط الربع الأعلى في الدرجات بمتوسط الربع الأدني في الدرجات . وبعد توزيع الدرجات تم إجراء طريقة المقارنة الطرفية بين أعلى (٢٥%) من الدرجات وأقل (٢٥%) من الدرجات ، حيث تم احتساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة إختبار (ت) ، ويتضح ذلك من خلال جدول (٤,٨) :

جدول (٤,٨) نتائج اختبار (ت) لدراسة الفروق بين متوسطي مرتفعي ومنخفضي الدرجات في مقياس مستوى التدين

المجموعات	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
أقل ٢٥% من الدرجات	53.4	3.8	-٦,٨	دالة 0.01
أعلى ٢٥% من الدرجات	60.0	0.0		

تبين من جدول (٤,٨) وجود فروق جوهرية دالة إحصائياً بين متوسط مرتفعي الدرجات و متوسط منخفضي الدرجات في مقياس مستوى التدين ، وهذا يدل على أن المقياس يميز بين الأفراد ذوى الدرجات العليا والأفراد ذوى الدرجات الدنيا في مستوى التدين ، ومما يعني أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ. مما يشير إلى صلاحية المقياس للتمييز بين الدرجات العليا والدرجات المنخفضة.

ثانياً: التحقق من ثبات مقياس التدين كالتالي :

للتحقق من ذلك تم حساب الثبات بطريقتين وهما:

١ - الثبات بطريقة ألفا – كرونباخ Alpha :

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (٤٨) فرد من عائلات المرضى النفسين ، وبعد تطبيق المقياس تم حساب معامل الفا كرونباح لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس الكلي تساوي (٠,٨٦) ، وهذا دليل كافي على أن مقياس مستوى التدين بفقراته يتمتع بمعامل ثبات عالٍ.

٢ - الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split _half methods :

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (٤٨) فرد من عائلات المرضى النفسين ، وبعد تطبيق المقياس ، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود المقياس إلى نصفين ، وتم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس ،وقد بلغ معامل الارتباط لبيرسون للمقياس مستوى التدين بهذه الطريقة (٠,٦٤)، وبعد استخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (٠,٧٨) ، وهذا يدل على أن مقياس مستوى التدين لديه درجة ثبات مرتفعة .

خامساً : الأساليب الإحصائية:

للإجابة على أسئلة الدراسة وفرضياتها قام الباحث باستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

١- التكرارات والنسب المئوية

٢- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي.

٣- معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) .

٤- اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (Independent Sample t-test).

٥- تحليل التباين أحادي الاتجاه (One Way ANOVA).

الفصل الخامس

نتائج الدراسة وتفسيراتها

نتائج الدراسة وتفسيرها:

يقوم الباحث في هذا الفصل بعرض وتفسير نتائج الدراسة الحالية ، حيث يعرض ويفسر إجابة كل من السؤال الأول والسؤال الثاني من أسئلة الدراسة ، وأيضا يعرض ويفسر نتائج فرضيات الدراسة.

أولاً: النتائج المتعلقة بالسؤالين الأول والثاني من أسئلة الدراسة وتفسيرها:

النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول ونصه: " ما طبيعة الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة الفلسطينية لدى ذوي المرضى النفسيين؟ ".
للتعرف على طبيعة الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة الفلسطينية من وجهة نظر ذوي المرضى النفسيين ، قام الباحث بحساب المتوسط والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس الاتجاه نحو المرض النفسي ، ويتضح ذلك من خلال جدول (٥,١):

جدول (٥,١) يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس الاتجاه نحو المرض النفسي لذوي المرضى النفسيين (ن=٣٠٠)

المقياس	عدد الفقرات	الدرجة الكلية	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %
الاتجاه نحو المرض النفسي	١٩	٥٧	٣٧,٤	٤,٧	٦٥,٦

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي على الدرجة الكلية ثم ضرب الناتج في (١٠٠)

يتضح من جدول (٥,١) أن متوسط درجة الاتجاه نحو المرض النفسي عند ذوي المرضى النفسيين قد بلغ (٣٧,٤) درجة وبانحراف معياري (٤,٧) ، وبوزن نسبى (٦٥,٦%) وهذا يدل على أن اتجاه ذوي المرضى النفسيين نحو المرض النفسي ايجابي وبنسبة (٦٥,٦%) .

يرى الباحث أنه بدأ تأثير النظرة السلبية للمرض النفسي يتغير ، فالأمراض النفسية من أكثر الموضوعات التي يحيط بها الغموض الذي يدفع الناس إلي تبني أفكار وتصورات غير واقعية حولها ، ومعتقدات غريبة عن أسباب المرض النفسي ، الذي يتعارف العامة علي وصفه بحالة " الجنون " وعن المرضى النفسيين الذين يطلق الناس عليهم وصف " المجانين " وتمتد المفاهيم الخاطئة لتشمل تخصص الطب النفسي بصفة عامة ، ولقد كانت النظرة السلبية تمنع الكثير من المرضى النفسيين وذويهم من طلب العلاج مبكراً لدي العيادات النفسية ، ويكون الطب الشعبي

أو وسائل الشعوذة هي الاختيار الأول للمرضى وذويهم حيث لا يتضمن ذلك شعوراً بالوصمة بينما ينطوي التعامل مع الطب النفسي علي وصمة في نظرهم ، وهذا كان ما يحدث إذا ما أصيب أحد أفراد الأسرة بالمرض ، تخشى الأسرة أن تخبر أحداً بذلك ، بل إنها قد تخشى أن تذهب به للطبيب النفسي حتى لا تلتصق به الوصمة ، وهذا ما يبرر رفض الكثير ممن يعانون من المرض النفسي ، أو من حولهم من أن يذهبوا بالمريض للطبيب بمجرد ظهور المرض ، ويذهبون في طرق أخرى ملتمسين العلاج من غير المتخصصين ، وتتفاقم الحالة حتى يُضطرون في النهاية للذهاب إلى المتخصص ولكن بعد فوات الأوان .

ووجد الباحث أن هذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسات كل من : (بركات وحسن ، ٢٠٠٦) ، ودراسة (Song et al, 2005) ، ودراسة (الطراونة وآخرون ، ٢٠٠١).

بينما تعارضت هذه النتيجة مع نتائج دراسات كل من : (Gureje et al, 2005) ، ودراسة (lauber et al, 2004) ، ودراسة (Ostman and Kjellin, 2002) ، ودراسة (زقوت ، ٢٠٠١) ، ودراسة (Jorm , 2000) ، ودراسة (السطري وآخرون ، ١٩٩٩) ، ودراسة (Wolff et al, 1996) ، ودراسة (شقير ، ١٩٩٤) ، ودراسة (خليفة ، ١٩٨٩) ، ودراسة (عبد الرحمن وعبد الجواد ، ١٩٨٩) ، ودراسة (خليفة ، ١٩٨٧) ، ودراسة (Elshrbini et al, 1981).

ويفسر الباحث ذلك أن النظرة إلي المرض النفسي والمرضى النفسيين قد تطورت نحو الأفضل و أصبحت أكثر إنسانية و واقعية و غدت تُملى علي الناس الإحسان إليهم و الرفق بهم و التودد إليهم و خدمتهم ، وأنهم في الحقيقة ليسوا شريرين أو شياطين كما كان يُقال أو مرتكبي أفعال سيئة أو شريرة.

وقد يرجع ذلك إلي سببين هما:

الأول : أن المجتمع الفلسطيني من المجتمعات المتعلمة في العالم ، حيث أن نسبة التعليم مرتفعة ، وتوفر المعلومات والمعارف العلمية حول المرض النفسي في المناهج الدراسية ، والمطالعات الثقافية من خلال (الكتب ، المجلات ، الجرائد ، الإنترنت) ، وهذه المطالعات جميعها تُفضي للفرد بعض الأفكار و المفاهيم الصحيحة حول المرض النفسي ، خصائصه ، وطبيعته ، وطرق وأساليب علاجه ، وكيفية التعامل مع المرضى النفسيين .

الثاني : الدور التثقيفي الذي تقوم به وسائل الإعلام المختلفة وبخاصة الفضائيات ، وما تُقدمه من برامج ثقافية باستمرار عن المرض النفسي .

كل ذلك يجعل الفرد أكثر ميلاً نحو تفهم المرض النفسي وأكثر ايجابية في التعامل معه ، وأيضاً يساعد الفرد في تعديل اتجاهه نحو بعض المفاهيم الخاصة لديه نحو المرض النفسي.

النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثاني ونصه: " ما مستوى التدين عند الأفراد من ذوي المرضى النفسيين؟ ".

للتعرف على مستوى التدين لدى ذوي المرضى النفسيين ، قام الباحث بحساب المتوسط والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس مستوى التدين ، ويتضح ذلك من خلال جدول رقم (٥,٢):

جدول (٥,٢) يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس مستوى التدين

المقياس	عدد الفقرات	الدرجة الكلية	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %
مستوى التدين	١٨	٥٤	٥٠,٥	٣,٣	٩٣,٥

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي على الدرجة الكلية ثم ضرب الناتج في (١٠٠)

يتضح من جدول (٥,٢) أن متوسط درجة التدين عند ذوي المرضى النفسيين قد بلغ (٥٠,٥) درجة وبانحراف معياري (٣,٣) ، وبوزن نسبى (٩٣,٥%) وهذا يدل على أن مستوى التدين لدى ذوي المرضى النفسين عالي وبنسبة (٩٣,٥%) .

ويعزو الباحث ذلك إلى أن المجتمع الفلسطيني اتجه نحو التدين في السنوات الأخيرة نتيجة كثرة المساجد ، ودور تحفيظ القرآن الكريم ، وحفظة القرآن الكريم ، ونتيجة اهتمام المساجد بالأطفال الصغار وتربيتهم على القرآن الكريم والسنة ، وأيضاً كان للجامعة الإسلامية الدور المهم والبارز منذ تأسست بما توفره لطلبتها من مناخ أكاديمي ملتزم بالقيم الإسلامية.

وأيضاً ما نشهده واقعاً من الحياة التعيسة التي يحياها الملحدون في بلاد العالم ، فهم وإن تنعموا بملذات الدنيا ونعيمها إلا أنهم فقدوا أغلى ما فيها وهو الإيمان بالله عز وجل ، فهم يتقلبون في ظلمات الشك وبحار التيه النفسي ، ما يدفع بالكثيرين منهم إلى التخلص من حياتهم - رغم بذخ

عيشهم - وذلك بسبب ما يعيشونه من خواء روحي مرير ، يجعل من الحياة - مهما توفرت لهم فيها سبل الراحة - أمرا لا يطاق ، وصدق الله تعالى إذ يقول : {وَمَنْ أَعْرَضَ عَنْ ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنْكاً وَنَحْشُرُهُ يَوْمَ الْقِيَامَةِ أَعْمَى (١٢٤) قَالَ رَبِّ لِمَ حَشَرْتَنِي أَعْمَى وَقَدْ كُنْتُ بَصِيراً (١٢٥) قَالَ كَذَلِكَ أَتَتْكَ آيَاتُنَا فَنَسِيتَهَا وَكَذَلِكَ الْيَوْمَ تُنْسَى} طه الآية ١٢٤ - ١٢٦.

ثانياً: نتائج فرضيات الدراسة وتفسيرها:

الفرضية الأولى : تنص على " لا توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين ومستوى التدين" .

للتحقق من صحة الفرضية الأولى تم إجراء معامل ارتباط "بيرسون" بين درجة الاتجاه نحو المرض النفسي ودرجة مستوى التدين، ويوضح الجدول التالي النتائج المتعلقة بهذه الفرضية :

جدول(٥,٣) معاملات الارتباط (r) بين درجات الاتجاه نحو المرض النفسي و مستوى التدين

الاتجاه نحو المرض النفسي	معامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
مستوى التدين	٠,١٢	٠,٠٣ دالة

أظهرت النتائج وجود علاقة طردية دالة إحصائياً بين درجة الاتجاه نحو المرض النفسي و مستوى التدين ($r= 0.12, p\text{-value}<0.05$) ، وهذا يدل على أنه كلما زادت درجة التدين عند ذوي المرضى النفسيين كلما زاد اتجاههم الايجابي نحو المرض النفسي والعكس صحيح.

ولدى مقارنة هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة تبين أن هذا المتغير لم يدخل في اهتمام أي من الدراسات السابقة التي تم الوصول إليها ، **ويعزو الباحث** هذه العلاقة الطردية الايجابية بين درجة الاتجاه نحو المرض النفسي و مستوى التدين إلى أن الدين الإسلامي يحض على الاهتمام بالمرضى وأن ذلك ليس ذنبهم وأنه قدر الله تعالى ، وأن من يصبر ويعاملهم معاملة طيبة وحسنة له الأجر ، وأن رب الأسرة (مبتلى) وعليه عدم الجزع وطلب الثواب من الله سبحانه وتعالى.

ويعزز الإسلام من يقوم بذلك كما جاء في القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة:
قال تعالى : (وَأُوْلُوا الأَرْحَامِ بَعْضُهُمْ أَوْلَى بِبَعْضٍ فِي كِتَابِ اللَّهِ) سورة الأنفال الآية ٧٥
قال تعالى : (إِنَّمَا الْمُؤْمِنُونَ إِخْوَةٌ) سورة الحجرات الآية ١٠

قال تعالى : (فَإن كَانَ الَّذِي عَلَيْهِ الْحَقُّ سَفِيهًا أَوْ ضَعِيفًا أَوْ لاَ يَسْتَطِيعُ أَن يُمِلَّ هُوَ فَلْيُمْلِلْ وَلِيُّهُ بِالْعَدْلِ) البقرة الآية ٢٨٢

قال تعالى : (لَيْسَ عَلَى الأَعْمَى حَرَجٌ وَلا عَلَى الأَعْرَجِ حَرَجٌ وَلا عَلَى الْمَرِيضِ حَرَجٌ) النور الآية ٦١

قال النبي الصادق الأمين محمد ﷺ : (أبغوني الضعيف فإنكم إنما ترزقون وتنصرون بضعفائكم). (النسائي ، ٢٠٠١ : ٧٦١)

والمتأمل لمنهج الإسلام يرى أنه يهتم برعاية المرضى والضعفاء وتقديم الخدمات المتميزة لهم والشواهد على ذلك كثيرة.

الفرضية الثانية : تنص على " لا توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين والعمر " .

للتحقق من صحة الفرضية الثانية تم إجراء معامل ارتباط "بيرسون" بين درجة الاتجاه نحو المرض النفسي و العمر ، ويوضح الجدول التالي النتائج المتعلقة بهذه الفرضية:

جدول(٥,٤) معاملات الارتباط (r) بين درجات الاتجاه نحو المرض النفسي و العمر

الاتجاه نحو المرض النفسي	معامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
العمر	٠,٠٣	٠,٦٠ غير دالة

أشارت النتائج إلى عدم وجود علاقة دالة إحصائياً بين درجة الاتجاه نحو المرض النفسي والعمر ($r= 0.03, p\text{-value}>0.05$) ، وهذا يدل على أن عُمر ذوى المرضى النفسيين لا يؤثر على الاتجاه نحو المرض النفسي.

وجد الباحث أن هذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة (زقوت ، ٢٠٠١) في عدم وجود أثر لمتغير العمر في الإتجاه نحو المرض النفسي ، بينما تتعارض هذه النتيجة مع نتائج دراسة كل من : (بركات وحسن ، ٢٠٠٦) ، ودراسة (Stip et al, 2006) ، ودراسة (Aghanwa et al, 2004) ، ودراسة (الطراونة وآخرون ، ٢٠٠١) ، ودراسة (عفانة ، ٢٠٠٠) ، ودراسة (Wolff et al, 1996) ، حيث وجدوا أن هناك علاقة بين الاتجاه نحو المرض النفسي والعُمر.

ويعزو الباحث ذلك إلى التعديل والتغير - نحو الأفضل والأحسن - في اهتمامات أفراد المجتمع الفلسطيني نتيجة سهولة الوصول للمعرفة والثقافة من وسائل مختلفة .

الفرضية الثالثة : تنص على " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين تُعزى لنوع الجنس (ذكر ، أنثى)".

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار "ت" للمقارنة بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث في مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي ، ويتضح ذلك من خلال جدول (٥,٥):

جدول (٥,٥) نتائج اختبار " ت " للمقارنة بين متوسطي درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث في الاتجاه نحو المرض النفسي

الاتجاه نحو المرض النفسي	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
ذكور	**١٣٥**	**٤٤,٥**	**٥,٥**	**٠,٥٩**	**٠,٥٥** غير دالة
إناث	**١٦٥**	**٤٤,٢**	**٥,٣**		

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (٢٩٨) ومستوى دلالة (٠,٠٥) تساوى (١,٩٦)

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ت" المحسوبة تساوى (٠,٥٩) وهي أصغر من قيمة "ت" الجدولية وتساوى (١,٩٦) عند مستوى دلالة (٠,٠٥) ، وبذلك يمكن القول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث في الاتجاه نحو المرض النفسي ، مما يدل على عدم معنوية الفروق.

ولدى **مقارنة الباحث** هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة تبين أنها تتفق مع دراسة كل من : (بركات وحسن ، ٢٠٠٦) و (الطراونة وآخرون ، ٢٠٠١) ، وتتعارض هذه النتيجة مع نتائج دراسة كل من : (Kabir et al, 2004) ، ودراسة (Aghanwa , 2004) ، ودراسة (زقوت ، ٢٠٠١) ، ودراسة (قوتة ، ٢٠٠٠) ، ودراسة (شقير ، ١٩٩٤) ، ودراسة (كفافي ، ١٩٩٤) ودراسة (خليفة ، ١٩٨٩ ب) ودراسة (Norman and malla, 1983).

ويُفسر الباحث هذه النتيجة من خلال معرفته بالبيئة التي يعيش فيها هؤلاء الأفراد ، وبالظروف السياسية والاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر عليهم ، فهذه الظروف متشابهة إلى حد كبير

وبالتالي ليس غريباً أن تترك هذه العوامل والظروف المتشابهة الأثر نفسه في حياة الأفراد من كلا الجنسين (ذكر و أنثى) ، ومنها اتجاهاتهم حول المرض النفسي.

الفرضية الرابعة : تنص على "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين تُعزى للمستوى التعليمي".

للتحقق من ذلك قام الباحث باستخدام اختبار (تحليل التباين الأحادي- One-Way ANOVA) لدراسة الفروقات بين المستويات التعليمية المختلفة لذوى المرضى النفسيين بالنسبة للاتجاه نحو المرض النفسي ، ويوضح الجدولان (٥,٦) و (٥,٧) النتائج المتعلقة بهذه الفرضية .

جدول (٥,٦) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي بين المستويات التعليمية المختلفة لذوى المرضي النفسيين بالنسبة للاتجاه نحو المرض النفسي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٥٦٧,٠	٥	١١٣,٤	٤,١	٠,٠٠١
داخل المجموعات	٨٠٧٥,٩	٢٩٤	٢٧,٥		
المجموع	٨٦٤٣,٠	٢٩٩			

قيمة (F) الجدولية عند مستوي (٠,٠٥) بدرجات حرية (٥ و٢٩٤) = القيمة الجدولية (٢,٢٤).

يتضح من جدول (٥,٦) أن قيمة (ف) المحسوبة لدرجة الاتجاه نحو المرض النفسي تساوى (٤,١) وهي أكبر من قيمة (ف) الجدولية وتساوى (٢,٢٤) عند مستوى دلالة (٠,٠٥) ، وبهذا يمكن القول أنه توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين المستويات التعليمية المختلفة بالنسبة للاتجاه نحو المرض النفسي.

ولمعرفة الفروق بين المستويات التعليمية المختلفة تم استخدام اختبار (شيفيه) للمقارنات البعدية لتجانس التباين ، فقد تبين أن الأفراد الحاصلين على شهادة الدبلوم بعد الثانوية لديهم اتجاه إيجابي نحو المرض النفسي أكثر من الأفراد الذين مستواهم التعليمي إعدادي فأقل.

كذلك تبين أن الأفراد الحاصلين على الشهادة الجامعية فما فوق لديهم اتجاه ايجابي نحو المرض النفسي أكثر من الأفراد الحاصلين على شهادة علمية من ثانوية عامة فأقل ، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية أقل من (٠,٠١) ، بينما لم تلاحظ أي فروق إحصائية بين المجموعات الأخرى.

جدول (٥,٧) نتائج اختبار (شيفيه) للمقارنات البعدية للمستويات التعليمية المختلفة لذوي المرضى النفسيين في الاتجاه نحو المرض النفسي

المستوى التعليمي	**المتوسط**	لم يتعلم	ابتدائي	اعدادي	ثانوي	دبلوم	جامعي فما فوق
لم يتعلم	٤١,٧		٠,٦١	٠,٥٨	٠,١٤	*٠,٠٥	*٠,٠٢
ابتدائي	٤٢,٧			٠,٩٨	٠,١١	*٠,٠٣	**٠,٠٠١
اعدادي	٤٢,٧				٠,٠٦	*٠,٠٢	**٠,٠٠١
ثانوي	٤٤,٤					٠,٢٧	*٠,٠٣
دبلوم	٤٥,٥						٠,٥٦
جامعي فما فوق	٤٦,٢						

** دالة عند ٠,٠٠١   * دالة عند ٠,٠٥

ولدى **مقارنة الباحث** هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة تبين أنها تتفق مع دراسة كل من : (Stip et al, 2006) ، ودراسة (Kabir et al, 2004) ، ودراسة (Lauber et al, 2004) ، ودراسة (الطراونة وآخرون ، ٢٠٠١) ، ودراسة (قوتة ، ٢٠٠٠) ، ودراسة (شقير ، ١٩٩٤) ، ودراسة (كفافي ، ١٩٩٤) ، ودراسة (خليفة ، ١٩٨٧) . وتتعارض هذه النتيجة مع نتائج دراسة (زقوت ، ٢٠٠١).

ويعزو الباحث ذلك إلى أن ارتقاء المستوى التعليمي للفرد كان له تأثير أكثر ايجابية على اتجاهه نحو المرض النفسي ، وقد يكون مرد ذلك أن الأفراد ذوي المستوى التعليمي المتوسط والعالي مروا بخبرات أو تثقفوا بمعلومات ومعارف لم تتح لأقرانهم من ذوي المستوى التعليمي المتدني ، بما يؤدي إلى تغيير المفاهيم الخاطئة والسلبية عن المريض النفسي والمرض النفسي ، بمفاهيم صحيحة وايجابية .

الفرضية الخامسة : تنص على "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين تعزى لمكان السكن (مدينة ، معسكر ، قرية)".

للتحقق من ذلك قام الباحث باستخدام اختبار (تحليل التباين الأحادي- One-Way ANOVA) لدارسة الفروقات بين مكان الإقامة لذوى المرضى النفسيين بالنسبة للاتجاه نحو المرض النفسي ، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي :

جدول (٥,٨) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي بين أماكن الإقامة لذوى المرضي النفسيين بالنسبة للاتجاه نحو المرض النفسي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	**٢٨,٨**	**٢**	**١٤,٤**	**٠,٥٠**	**٠,٦١غير دالة**
داخل المجموعات	**٨٦١٤,٢**	**٢٩٧**	**٢٩,٠**		
المجموع	**٨٦٤٣,٠**	**٢٩٩**			

قيمة (F) الجدولية عند مستوي (٠,٠٥) بدرجات حرية (٢ و٢٩٧) = القيمة الجدولية (٣,٠٣).

يتضح من جدول (٥,٨) أن قيمة (ف) المحسوبة لدرجة الاتجاه نحو المرض النفسي تساوى (٠,٥٠) وهي أصغر من قيمة (ف) الجدولية وتساوى (٣,٠٣) عند مستوى دلالة (٠,٠٥) ، وبهذا يمكن القول أنه لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين أماكن الإقامة بالنسبة للاتجاه نحو المرض النفسي ، وهذا يدل على أن مكان الإقامة لم يكن له أثر واضح على الاتجاه نحو المرض النفسي .

ولدى **مقارنة الباحث** هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة تبين الآتي : ففي دراسة (بركات وحسن ، ٢٠٠٦) لا يوجد أثر ذي دلالة إحصائية لمتغير مكان السكن في الاتجاه نحو المرض النفسي وهذا يتفق مع نتائج الدراسة الراهنة.

أما في دراسة (Aghanwa et al, 2004) وُجد أن القاطنين في الأماكن الحضرية لديهم اتجاهات إيجابية نحو المرض النفسي ، وفي دراسة (قوتة ، ٢٠٠٠) وُجد أن القاطنين في محافظة رفح جنوب قطاع غزة لديهم اتجاهات ايجابية نحو المرض النفسي ، ويتبين من نتائج هاتين الدراستين أنهما يتعارضتان مع نتيجة الدراسة الحالية.

ولم يجد الباحث –في حدود علمه- غير هذه الدراسات الثلاث التي عنيت بدراسة أثر متغير مكان السكن بالنسبة للاتجاه نحو المرض النفسي .

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى تشابه القطاعات والتوزيعات السكانية التي يعيش فيها أفراد المجتمع الفلسطيني في قطاع غزة ، وهي توزيعات سكانية قريبة من بعضها البعض ، ولا يفصل بينها حواجز طبيعية وجغرافية كبيرة ، فالمجتمع الفلسطيني يعيش تقريباً في طبقة اجتماعية واقتصادية وثقافية وجغرافية واحدة ، هذا التشابه والقرب الطبقي والجغرافي يحِد من تأثير التوزيعات السكانية المختلفة في اكتساب المعرفة المتنوعة للفرد .

الفرضية السادسة: تنص على "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين تعزى لدخل الأسرة الشهري (أقل من ١٢٠٠ شيكل ، من ١٢٠١ – ٢٥٠٠ شيكل ، من ٢٥٠١ – ٣٥٠٠ شيكل ، ٣٥٠١ شيكل وما فوق).

وللتحقق من ذلك قام الباحث باستخدام اختبار (تحليل التباين الأحادي- One-Way ANOVA) لدارسة الفروقات بين مستويات الدخل الشهرية المختلفة لذوى المرضى النفسيين بالنسبة للاتجاه نحو المرض النفسي ، ويوضح الجدولان (٥,٩) و (٥,١٠) النتائج المتعلقة بهذه الفرضية .

جدول (٥,٩) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي بين مستويات الدخل المختلفة لذوى المرضى النفسيين بالنسبة للاتجاه نحو المرض النفسي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٣٤٥,٥	٣	١١٥,٢	٤,١١	٠,٠١ دالة
داخل المجموعات	٨٢٩٧,٥	٢٩٦	٢٨,٠		
المجموع	٨٦٤٣,٠	٢٩٩			

قيمة (F) الجدولية عند مستوي (٠,٠٥) بدرجات حرية (3 و٢٩٦) = القيمة الجدولية (٢,٦٣).

يتضح من جدول (٥,٩) أن قيمة (ف) المحسوبة لدرجة الاتجاه نحو المرض النفسي تساوى (٤,١) وهي أكبر من قيمة (ف) الجدولية وتساوى (٢,٦٣) عند مستوى دلالة (٠,٠٥) ، وبهذا يمكن القول أنه توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين مستويات الدخل الشهرية المختلفة لذوى المرضى النفسيين بالنسبة للاتجاه نحو المرض النفسي ، ولمعرفة الفروق بين مستويات الدخل الشهرية المختلفة تم استخدام اختبار (شيفيه) للمقارنات البعدية لتجانس التباين ، فقد تبين أن الأفراد الذين مستوي دخل أسرهم يتراوح بين ١٢٠١ شيكل حتى ٢٥٠٠ شيكل لديهم اتجاه إيجابي نحو المرض النفسي أكثر من الأفراد الذين مستوى دخل أسرهم أقل من ١٢٠٠ شيكل ، بينما لم تلاحظ أي فروق إحصائية بين المستويات الأخرى .

جدول (٥,١٠) نتائج اختبار (شيفيه) للمقارنات البعدية لمستويات الدخل الشهرية لذوي المرضى النفسيين بالنسبة للاتجاه نحو المرض النفسي

مستوى الدخل	**المتوسط**	اقل من ١٢٠٠ شيكل	من ١٢٠١- ٢٥٠٠ شيكل	٢٥٠١- ٣٥٠٠ شيكل	٣٥٠١ شيكل فما فوق
اقل من ١٢٠٠ شيكل	٤٣,٦		**٠,٠١	٠,٠٧	٠,٠٦
من ١٢٠١- ٢٥٠٠	٤٥,٨			٠,٩١	٠,٧١
من ٢٥٠١ - ٣٥٠٠ شيكل	٤٦,٠				٠,٨٢
٣٥٠١ شيكل فما فوق	٤٦,٤				

** دالة عند ٠,٠٠١

ولدى **مقارنة الباحث** هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة تبين أن هذا المتغير لم يدخل في اهتمام الدراسات السابقة التي تم الوصول إليها ، سوى دراستي: (بركات وحسن ، ٢٠٠٦) و (زقوت ، ٢٠٠١) ، ويتبين أن نتائج الدراسة الحالية تتفق بشكل جزئي مع دراسة (زقوت ، ٢٠٠١).

وتتعارض هذه النتيجة مع نتائج دراسة (بركات وحسن ، ٢٠٠٦) التي كشفت نتائجها عدم وجود أثر لهذا المتغير في الاتجاه نحو المرض النفسي .
جاءت هذه النتيجة مغايرة لما توقعه الباحث أن ذوي الدخل المتدني لديهم اتجاهات سلبية نحو المرض النفسي نتيجة الحرمان الثقافي والتعليمي ، وما يعانيه معظم سكان قطاع غزة من الفقر نتيجة الحصار الظالم من قبل الاحتلال الصهيوني.

ويُفسر الباحث ذلك بأن معظم المترددين على عيادات برنامج غزة من الأسر الفقيرة ويستفيدون من المساعدات التي تقدمها وزارة الشئون الاجتماعية ووكالة غوث اللاجئين ، ولذلك هم بالكاد يستطيعون توفير الاحتياجات الأساسية لأسرهم ، لذلك يجد الباحث أن الأسلوب الذي يستخدمه برنامج غزة للصحة النفسية في العلاج حيث يتضمن هذا الأسلوب كل من المريض وأسرته ومدرسته أو زملاؤه في العمل ، ويتم توعية المريض وأسرته والقريبين منه في المدرسة أو مكان العمل حول موضوع المرض النفسي وعلاجه ، وإرشادهم بما يساعد على نجاح الخطة العلاجية الخاصة بالمريض ، وتزويدهم بالمعرفة المناسبة حول المرض النفسي وطرق علاجه ، كل هذا يساعد على تصحيح المفاهيم الخاطئة وتعديل الاتجاهات السلبية ، وتبني اتجاهات ايجابية نحو المرض النفسي ، واختيار السلوك الأنسب في معاملة المريض النفسي.

التوصيات والمقترحات

أولاً: التوصيات:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج يمكن التوصية بما يلي :

١. القيام بدراسات مستقبلية تهدف إلى بناء فهم الاتجاهات نحو المرض النفسي للتخلص من الاتجاهات الخاطئة العالقة في أذهان بعض الكوادر الطبية وتوفير الرعاية البدنية والنفسية للمرضى النفسيين واحترام حقوقهم وتقدير ظروفهم وإتاحة الأساليب العلاجية المناسبة لهم.

٢. إجراء الندوات وبرامج التوعية في جميع وسائل الإعلام للتخلص من المفاهيم الخاطئة عن المرض النفسي.

٣. العمل على جعل النظرة إلى المرض النفسي مثلها مثل النظرة إلى أي مرض آخر يحتاج إلى البحث عن علاج عند المتخصصين فيه ، وعدم ترك المريض النفسي بدون علاج مما يؤدى إلى تفاقم الحالة النفسية عنده وصعوبة علاجها.

٤. العمل على تطوير مناهج علم النفس وعلم الاجتماع وتثقيف الطلاب داخل الكليات الجامعية المختلفة.

٥. العمل على ضرورة تناول المرض النفسي من خلال وسائل الإعلام وذلك للتأثير على الجمهور وتعريفه بطرق التعامل المناسبة مع المريض النفسي.

ثانياً: المقترحات:

وانطلاقاً من التوصيات السالفة **يقترح** الباحث ضرورة :

١. القيام بدراسة موضوع الاتجاهات نحو المرض النفسي لدى عينات مختلفة في المجتمع الفلسطيني يراعى فيها التطبيق على جميع مفردات المجتمع حتى يتم معرفة رأى جميع أفراد المجتمع بشكل متساوي.

٢. عدم تمرير العبارات التي تتحدث عن المرض النفسي بشكل يؤثر على الرأي العام.

٣. دراسة الاتجاهات نحو المرض النفسي في علاقاتها بمتغيرات أخرى كالصحة النفسية ، القلق ، الاتزان الانفعالي ، الطموح ... الخ .

٤. إجراء البحوث العلمية التي تتناول المرض النفسي وما يعانيه المريض من مشكلات وسوء التكيف.

٥. عدم ترك البرامج النفسية التي يبثها التلفزيون لغير المتخصصين.

٦. على أصحاب القرار في وزارة الصحة الاهتمام بفتح عيادات نفسية تكفى الأعداد المتزايدة من المرضى وتوفير الرعاية المناسبة لهم.

٧. الاهتمام بصحة الإنسان النفسية من خلال نشر وتوزيع المنشورات والكتيبات والدوريات العلمية الطبية المتعلقة بالصحة النفسية.

٨. أهمية توفير معلومات دقيقة ومبسطة للجميع لإزالة الغموض المرتبط بالمرض النفسي.

المراجع

- المراجع العربية.
- المراجع الأجنبية.
- المراجع من الشبكة العنكبوتية.

المراجع العربية

١. القرآن الكريم.

٢. إبراهيم ، عبد الحميد (١٩٩٣) . **علم النفس الاجتماعي التجريبي** ، الطبعة الأولى ، الرياض : مطابع جامعة الملك سعود.

٣. إبراهيم ، عبد الستار (١٩٨٠) . **العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان** ، سلسلة عالم المعرفة (٢٧) ، الكويت : المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب .

٤. ابن منظور ، جمال الدين أبو الفضل محمد (١٩٨٨) . **لسان العرب المحيط** ، بيروت : دار الجيل للطبع والنشر والتوزيع.

٥. أبو حجلة، نظام (١٩٩٨) . **الطب النفسي الحديث**، عمان: مطبعة الصفدي.

٦. أبو نجيلة، سفيان محمد (٢٠٠١) . **مقالات في الشخصية والصحة النفسية**. غزة: مطبعة منصور.

٧. إسماعيل، نبيه (٢٠٠١) . **عوامل الصحة النفسية السليمة**، القاهرة: ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

٨. البحيري ، عبد الرقيب و دمرداش ، عادل (١٩٨٨) . سلسلة الإختبارات السيكولوجية المصرية المقننة - **مقياس الوعي الديني** ، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.

٩. بركات ، زياد وحسن ، كفاح (٢٠٠٦) . **الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه** : لدى عينة من الطلاب الجامعيين في شمال فلسطين . مجلة شبكة العلوم النفسية العربية ، العدد (٩) ، (ص ص ٣٦ - ٤٨).

١٠. البستاني ، عبد الله (١٩٨٠) . **الوافي معجم وسيط للغة العربية**، بيروت : مكتبة لبنان .

١١. بني جابر ، جودت (٢٠٠٤) . **علم النفس الاجتماعي** ، الطبعة الأولى ، عمان : مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.

١٢. التل ، شادية (١٩٩١) . **اتجاهات طلبة جامعة اليرموك نحو علم النفس : بنيتها وقياسها.** مجلة مؤتة للبحوث والدراسات ، المجلد (٦) ، العدد (٣) ، (ص ص ٦٩ – ٩٣).

١٣. توفيق ، محمد (٢٠٠٢) . **التأصيل الإسلامي للدراسات النفسية** البحث في النفس الإنسانية والمنظور الإسلامي ، الطبعة الثانية ، القاهرة : دار السلام للطباعة والنشر والتوزيع والترجمة.

١٤. الجريسي ، محمد (٢٠٠٣) . **الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظات غزة وعلاقته ببعض المتغيرات** ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الإسلامية ، غزة ، فلسطين.

١٥. جلال ، سعد (١٩٨٥) . **المرجع في علم النفس** ، القاهرة : مطبعة الدجوي.

١٦. جلال، سعد (١٩٨٦) . **في الصحة العقلية - الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية**، القاهرة: دار الفكر العربي.

١٧. حجازي، مصطفى (٢٠٠٠) . **الصحة النفسية**، بيروت: المركز الثقافي العربي.

١٨. حقي ، ألفت (١٩٩٥) . **الاضطراب النفسي** التشخيص والعلاج والوقاية ، الإسكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب.

١٩. الخضري ، جهاد (٢٠٠٣) . **الأمن النفسي لدى العاملين بمراكز الإسعاف بمحافظات غزة وعلاقته ببعض سمات الشخصية ومتغيرات أخرى** ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الإسلامية ، غزة ، فلسطين.

٢٠. خليفة ، عبد اللطيف (١٩٨٧) . **المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي.** مجلة علم النفس ، العدد (١) ، (ص ص ٩٥ – ٩٦).

٢١. خليفة ، عبد اللطيف (١٩٨٩) . **المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي لدى عينة من الطلبة والطالبات** . مجلة علم النفس ، العدد (١١) ، (ص ص ١٠٣ – ١١٧).

٢٢. خليفة ، عبد اللطيف (١٩٨٩) . **المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها بمركز التحكم** . مجلة علم النفس ، العدد (١٢) ، (ص ص ١٠٢ – ١١٤).

٢٣. الداهري ، صالح (٢٠٠٥) . **مبادئ الصحة النفسية** ، الطبعة الأولى ، عمان : دار وائل للنشر والتوزيع.

٢٤. الداهري ، صالح (٢٠٠٨) . **سيكولوجية الإبداع والشخصية** ، الطبعة الأولى ، عمان : دار صفاء للنشر والتوزيع.

٢٥. درويش ، زين العابدين (٢٠٠٥) . **علم النفس الاجتماعي** أسسه وتطبيقاته ، القاهرة : دار الفكر العربي.

٢٦. دويدار، عبد الفتاح (١٩٩٦) . **في طب النفس**، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

٢٧. دياب ، سهيل (٢٠٠٣) . **مناهج البحث العلمي : أدواته وأساليبه** ، مكتبة آفاق ، غزة ، فلسطين.

٢٨. راجح ، أحمد (١٩٧٩) . **أصول علم النفس** ، القاهرة : دار المعارف.

٢٩. ربيع ، محمد (٢٠٠٨) . **قياس الشخصية** ، عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

٣٠. رشاد الدين ، مؤنس (٢٠٠٠) . **المرام في المعاني والكلام** القاموس الكامل عربي – عربي ، بيروت : دار الراتب الجامعية.

٣١. رضوان ، شفيق (١٩٩٦) . **علم النفس الاجتماعي** ، الطبعة الأولى ، بيروت : المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.

٣٢. الريماوي ، محمد وآخرون (٢٠٠٦) . **علم النفس العام** ، الطبعة الثانية ، عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

٣٣. الزحيلي ، محمد (١٩٩٢) . **الاعتدال في التدين** فكراً وسلوكاً ومنهجاً ، الطبعة الثالثة ، دمشق : اليمامة للطباعة والنشر والتوزيع.

٣٤. زقوت ، سمير (٢٠٠١) . **الاتجاه نحو المرض النفسي لدى المترددين على المعالجين النفسيين والتقليديين وعلاقته ببعض المتغيرات** ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الإسلامية ، غزة ، فلسطين.

٣٥. زهران ، حامد (١٩٩٧) . **الصحة النفسية والعلاج النفسي** ، الطبعة الثالثة ، القاهرة : عالم الكتب.

٣٦. زهران ، حامد (٢٠٠٣) . **علم النفس الاجتماعي** ، الطبعة السادسة ، القاهرة : عالم الكتب.

٣٧. زهران ، حامد (٢٠٠٥) . **الصحة النفسية والعلاج النفسي** ، الطبعة الرابعة ، القاهرة : عالم الكتب.

٣٨. سمور ، عايش (٢٠٠٦) . **الأمراض النفسية** أسباب وتشخيص وعلاج ، غزة : دار المقداد للطباعة.

٣٩. السيد ، عبد الحليم و آخرون (٢٠٠٣) . **علم النفس الاجتماعي المعاصر** ، الطبعة الأولى ، القاهرة : ايتراك للنشر والتوزيع.

٤٠. السيد ، فؤاد وعبد الرحمن ، سعد (١٩٩٩) . **علم النفس الاجتماعي** ، القاهرة : دار الفكر العربي.

٤١. الشربيني ، لطفي (٢٠٠٣) . **الطب النفسي وهموم الناس** ، الإسكندرية : منشأة المعارف.

٤٢. شقير ، زينب (١٩٩٤) .**المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي لدى طالبات المرحلة الثانوية وطالبات المرحلة الجامعية** . مجلة علم النفس ، العدد (٣٠) ، (ص ص ١٢٤ – ١٤٠).

٤٣. شقير ، زينب (٢٠٠٢) . **مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة العربية (مصرية – سعودية)** ، الطبعة الثانية ، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.

٤٤. الصنيع ، صالح (٢٠٠٢) . **دراسات في علم النفس من منظور إسلامي** ، الرياض : دار عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع.

٤٥. الطراونة ، حسين وآخرون (٢٠٠١) . **الاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها ببعض المتغيرات** . دراسات ، العلوم التربوية ، المجلد (٢٨) ، العدد (٢) ، (ص ص ٤٠٢ – ٤٢١).

٤٦. الطويل، عزت (١٩٩٥) . **معالم علم النفس المعاصر**، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

٤٧. عامود ، بدر الدين (٢٠٠١) . **علم النفس في القرن العشرين** ، دمشق : مكتبة الأسد.

٤٨. عبد الخالق، أحمد و النيال، مايسة و دويدار، عبد الفتاح (٢٠٠٤) . **علم النفس العام،** الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

٤٩. عبد الرحمن ، لطفي وعبد الجواد ، محمد (١٩٩٨) . **مدى معرفة أقارب المريض النفسي للأمراض النفسية** ، المجلة العربية للطب النفسي ، العدد (١) ، (ص ص ٢٢ – ٢٩).

٥٠. عبد الرحمن، محمد السيد (٢٠٠٠) . **علم الأمراض النفسية والعقلية**: الأسباب، الأعراض، التشخيص، العلاج، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

٥١. عبد الله، محمد قاسم (٢٠٠١) . **مدخل إلى الصحة النفسية**، حلب: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

٥٢. عبدالله ، مجدي (٢٠٠٠) . **علم النفس المرضي** دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية.

٥٣. العزة، سعيد (٢٠٠٤) . **تمريض الصحة النفسية**، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

٥٤. عكاشة ، احمد (٢٠٠٣) . **الطب النفسي المعاصر** ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

٥٥. عويضة ، كامل (١٩٩٦) . **علم النفس الاجتماعي** ، الطبعة الأولى ، بيروت : دار الكتب العلمية.

٥٦. العيسوي ، عبد الرحمن محمد (٢٠٠٤) . **علم النفس العربي عند علماء الإسلام** دراسة مقارنة بين الفكر السيكولوجي والطبي الحديث ، الطبعة الأولى ، بيروت : دار الراتب الجامعية.

٥٧. العيسوي ، عبد الرحمن محمد (٢٠٠٤) . **علم النفس العربي في الألفية الجديدة** ، الطبعة الأولى ، بيروت : دار الراتب الجامعية.

٥٨. العيسوي، عبد الرحمن محمد (٢٠٠١) . **الإسلام والصحة النفسية**، بيروت: دار الراتب الجامعية.

٥٩. العيسوي ، عبد الرحمن محمد (١٩٩٩) . موسوعة كتب علم النفس الحديث **علم نفس الشواذ والصحة النفسية** ، الطبعة الأولى ، بيروت : دار الراتب الجامعية.

٦٠. العيسوي، عبد الرحمن محمد (١٩٩٢) . **علم النفس الإكلينيكي**، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

٦١. الغزاوي ، فهمي وآخرون (٢٠٠٠) . **المدخل إلى علم الاجتماع** ، الطبعة الثانية ، عمان : دار الشروق للنشر والتوزيع.

٦٢. قوتة ، سمير و تمراز ، نداء (٢٠٠٠) . **اتجاهات المجتمع الفلسطيني بقطاع غزة نحو المرض النفسي وبرنامج غزة للصحة النفسية** . دراسة غير منشورة ، برنامج غزة للصحة النفسية ، غزة ، فلسطين.

٦٣. كفافي ، علاء الدين (١٩٩٤) . **الإتجاهات نحو المرض النفسي عند الطلبة القطريين في المرحلتين الثانوية و الجامعية** ، مركز البحوث التربوية ، جامعة قطر.

٦٤. كفافي، علاء الدين (١٩٩٠): **الصحة النفسية**، القاهرة: هجر للطباعة والنشر.

٦٥. كولز، إ. م (١٩٩٢) . **المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي**، (ترجمة الدماطي،عبد الغفار و حماد، ماجدة و حسن، حسن) الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

٦٦. المحاميد ، شاكر (٢٠٠٣) . **علم النفس الاجتماعي** ، الطبعة الأولى ، عمان : مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.

٦٧. محمد ، محمد عودة ومرسي ، كمال إبراهيم (١٩٨٦) . **الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام** ، الطبعة الثانية ، الكويت : دار القلم.

٦٨. مرسى، كمال (١٩٨٨) . **المدخل إلى علم الصحة النفسية**، الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.

٦٩. مرعي ، توفيق وبلقيس ، أحمد (١٩٨٤) . **الميسر في علم النفس الاجتماعي** ، الطبعة الثانية ، عمان : دار الفرقان.

٧٠. المطيري ، معصومة (٢٠٠٥) . **الصحة النفسية** مفهومها اضطراباتها ، عمان : مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

٧١. مليكة ، لويس (١٩٨٩) . **سيكولوجية الجماعات والقيادة** ، الطبعة الرابعة ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٧٢. مليكة، لويس (١٩٩٢) . **علم النفس الإكلينيكي**، القاهرة: دار الكتب.

٧٣. منصور، رشدي و الشافعي، احمد (٢٠٠١) . **التيارات الأساسية في علم النفس المعاصر**، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٧٤. منصور، طلعت والشرقاوي، أنور و عز الدين، عادل و أبو عوف، فاروق (١٩٨٤) . **أسس علم النفس العام**، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٧٥. منظمة الصحة العالمية ، (٢٠٠٨) . **التصنيف الدولي للأمراض في الرعاية الأولية – المراجعة العاشرة** (ترجمة سناء أبوسعدة) ، الطبعة الأولى ، فلسطين : أضواء للتصميم والمونتاج الفني.

٧٦. موسى ، رشاد (١٩٩٤) . **اتجاه عينة من طلبة وطالبات الجامعة ذوي التخصصات الأكاديمية المختلفة نحو فئات من العاملين في مجال الأمراض النفسية والعقلية** . مجلة التقويم والقياس النفسي والتربوي ، العدد (٤) ، (ص ص ٣٣٠ - ٣٥٤).

٧٧. النحال ، حكمت (٢٠٠٦) . **بعض الأمراض النفسية الشائعة لدى المترددين على عيادات برنامج غزة للصحة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات**. رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الأزهر ، غزة ، فلسطين.

٧٨. النسائي ، أبو عبد الرحمن أحمد بن شعيب (٢٠٠١) . **سنن النسائي** المسمى بالمجتبي أو المجتني ، الطبعة الثانية ، بيروت : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

٧٩. وزارة الصحة الفلسطينية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني (٢٠٠٣) . **التقرير السنوي للرعاية الأولية**، غزة.

٨٠. وهبة ، مراد (١٩٧٩) . **المعجم الفلسفي** ، الطبعة الثالثة ، القاهرة : دار الثقافة الجديدة.

٨١. يوسف، جمعة (٢٠٠١) . **النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية**، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

٨٢. يونغ ، ك . غ (١٩٩٧) . **علم النفس التحليلي** (ترجمة: نهاد خياطة)، بيروت: دار الحوار للنشر والتوزيع.

المراجع الأجنبية

1. Afana , A. et . al . (2002) **Mental health needs in Palestine**. Journal of Public Health Medicine , Vol. (4) , (P P 27-30).

2. Afana, A. et. al. (2000) **The attitudes of Palestinian primary health care professionals in Gaza Strip towards mental illness**. The Egyptian journal of psychiatry, Vol. (23) , No (1), (P P 101 – 111).

3. Aghanwa, H. S. (2004) **Attitude toward and knowledge about mental illness in Fiji Islands.** International Journal of Social Psychiatry, Vol. (50), No. (4), (P P 361 – 375).

4. American psychiatric association , (1995) . **Diagnostic and statistical manual of mental disorder**. 4th ed. , Washington : American psychiatric association.

5. Angermeyer, M. and Matschinger, H. (1996) **The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders.** Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**,** Vol. **(**31), No. (6), (P P 321- 326).

6. Elshatury, M. H. et. al. (1999) **Knowledge and Attitude of Bedouins of Saint Catterine Towards Mental Disorders.** The Egyptian journal of psychiatry, Vol. (22), No. (2), (P P 287 – 294).

7. Elshrbini, et al, (1981) **Knowledge and opinions of families about mental illness and mentally patients** . The Egyptian journal of psychiatry, Vol. (4) , (P P 120 – 128).

8. Gureje O. et. al. (2005) **Community study of Knowledge and attitude to mental illness in Nigeria.** The British Journal of Psychiatry, Vol. (186), (P P 436 – 441).

9. Holmes, D.S (1994): **Abnormal Psychology**. New york: Harper Collins College Publishers.

10. Jorm, A. F. (2000) **Mental health literacy Public knowledge and beliefs about mental disorders.** *The British Journal of Psychiatry,* Vol. (177), (P P 396 – 401).

11. Kabir , M. et . al. (2004) **Perception and beliefs about mental illness among adults in Karfi village, northern Nigeria.** Journal of BMC International Health and Human Rights **,** Vol. (4), No. (3), (P P 1 – 5).

12. Kaplan, H. I. and Sadock, B. J. (1995) **Comprehensive textbook of psychiatry / VI.** 6th ed. Baltimore USA. Williams and Wilkins, A waverly company.

13. Lauber , C. et. al. (2004) **Factors influencing social distance toward people with mental illness**. Community Mental Health Journal, Vol. (40), No. (3), (P P 265 – 274).

14. Moghaddam, Fathali M. (1998) **Social Psychology** Exploring universal across cultures. 1st ed. New York : W.H. Freeman and company.

15. Nietzel, M., Bernstein, D., Kramer, G., & Milich, R. (2002). **Introduction to Clinical Psychology**, 6 th ed, New Jersey: Upper Saddle River.

16. Norman , R. and Malla A. (1983) **Adolescents attitudes towards mental illness: relationship between components and sex differences.** Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**,** Vol. (18), No. (1), (P P 45-50).

17. Ostman, M. and Kjellin, L. (2002) **Stigma by association Psychological factors in relatives of people with mental illness.** The British Journal of Psychiatry, Vol. (181), (P P 494 – 498).

18. Rosenhan, D.L. and Seligman, M.E.P. (1995) . **Abnormal Psychology** . 3rd ed. New York : W.W. Norton & Company.

19. Sears, D. O. et. al. (1991) **Social Psychology** . 7th ed. New Jersey : Prentice – Hall international, Inc.

20. Song , L. et. al. (2005) **Community Attitudes towards the mentally ill: The Results of a National Survey of the Taiwanese Population.** International Journal of Social psychiatry, Vol. (2), No. (51), (P P 162 -176).

21. Stip, E. et. al. (2006) **General population perceptions and attitudes towards schizophrenia and bipolar disorder**. Primary care and community psychiatry, Vol. (11), No. (4), (P P 157 – 165).

22. Tsang, Hector W.H. et. al. (2003) . **Sources of burdens on families of individuals with mental illness.** International Journal of Rehabilitation Research. Vol. (26), No. (2), (P P 123-130).

23. Wing JK., Sartorius, N., & Ustun, TB.(1998). **Diagnosis and Clinical Measurment in Psychiatry**, London: Cambridge University Press.

24. Wolff , G. et. al. (1996**) Community attitudes to mental illness.** The British Journal of Psychiatry, Vol. (168), No. (2), (P P 183 – 190) .

25. Wolff , G. et. al. (1996) **Community Knowledge of Mental Illness and Reaction to Mentally Ill People.** The British Journal of Psychiatry, Vol. (168), No. (2), (P P 191 – 198).

26. World health organization , (1992) . **Classification of mental and behavioral disorder, clinical description and diagnostic guidelines .** Geneva : World health organization.

27. Wortman, C., Loftus, L., & Marshail, M.(1992). **Psychology**, 4th ed. U.S.A: McGraw-Hill, INC.

المراجع من الشبكة العنكبوتية

http://ar.wikipedia.org/wiki/%D9%82%D8%B7%D8%A7%D8%B9_%D8%BA%D8%B2%D8%A9

http://islamweb.org/newlibrary/display_book.php?idfrom=125&idto=125&bk_no=43&ID=90

http://www.palestineremembered.com/GeoPoints/Gaza_526/ar/index.html

الملاحق

ملحق رقم (١) قائمة المحكمون

الرقم	الاسم	مكان العمل
١	الدكتور تيسير دياب	برنامج غزة للصحة النفسية
٢	الدكتور خالد دحلان	برنامج غزة للصحة النفسية
٣	الدكتور سمير قوتة	الجامعة الإسلامية
٤	الدكتورة عايدة صالح	جامعة الأقصى
٥	الدكتور عبدالعزيز ثابت	جامعة القدس
٦	الدكتور فضل أبوهين	جامعة الأقصى
٧	الدكتور كمال قديح	جامعة الأقصى
٨	الدكتور محمد عسلية	جامعة الأقصى

ملحق رقم (٢) رسالة تحكيم المقاييس

بسم الله الرحمن الرحيم

الجامعة الإسلامية – غزة
الدراسات العليا
كلية التربية
قسم علم النفس والإرشاد النفسي

الأخ المحكم/ ------------------------------------ حفظه الله.

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته...

يقوم الباحث بإجراء دراسة لنيل درجة الماجستير من قسم علم النفس والإرشاد النفسي بكلية التربية بالجامعة الإسلامية بعنوان " الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة الفلسطينية وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى".

تحت إشراف الدكتور : جميل الطهراوي .

وتهدف هذه الدراسة إلى التعرف على الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة الفلسطينية ومعرفة العلاقة بين مستوى التدين والإتجاه نحو المرض النفسي.

وقد قام الباحث بإعداد مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي ومقياس مستوى التدين ليطبقه على ذوي المرضى النفسيين في عيادات برنامج غزة للصحة النفسية الثلاثة (عيادة غزة ، عيادة دير البلح ، وعيادة خانيونس) وعليه فإن الباحث يرجو من سيادتكم التكرم بالاطلاع على بنود المقياسين لإبداء الرأي في مناسبتها وتعديل الفقرات التي بحاجة إلى تعديل ، علما بأن لرأيكم أهمية كبرى في إتمام هذا البحث.

مع الشكر الجزيل

الباحث

اسماعيل احمد احمد

ملحق رقم (٣) مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي في صورته الأولية

مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي

الرقم	البنود	مناسبة	غير مناسبة
١.	نظرتي للمرض النفسي هي ذاتها لأي مرض آخر.		
٢.	المعالج النفسي بحاجة للعلاج.		
٣.	لا أشعر بالحرج عند الحديث عن مشكلاتي النفسية.		
٤.	لا أتردد في طلب الاستشارة النفسية إذا واجهتني مشكلة أو أزمة نفسية.		
٥.	يضايقني أن أرى بعض الأفراد يخجلون من طلب المعالجة النفسية.		
٦.	أشعر بضيق عندما أرى مريض نفسي.		
٧.	مجرد حديث المريض النفسي للمعالج النفسي يشعره ذلك بالراحة.		
٨.	لا ينبغي الخجل من المرض النفسي.		
٩.	يجب عدم التردد من مراجعة المعالج النفسي حتى لو كانت المشكلة التي نواجهها بسيطة.		
١٠.	المريض النفسي كغيره من المرضى له الحق في العلاج والرعاية النفسية.		
١١.	من الصعب علي تقبل أن يقال عني مريض نفسي.		
١٢.	أفضل الذهاب للعرافين بدل المعالج النفسي لحل مشكلتي النفسية.		
١٣.	الأزمات الشديدة والمزمنة فقط هي التي تحتاج إلى العلاج النفسي.		
١٤.	الحل الأمثل للمريض النفسي هو حبسه حتى لا يؤذي غيره.		
١٥.	دراسة الطب النفسي مضيعة للوقت وهدر للجهد.		
١٦.	نادراً ما يستفيد المريض النفسي من مراجعة عيادات الطب النفسي.		
١٧.	ما يخيفني من مراجعة المعالج النفسي هو نظرة الناس لي عندما يعرفون ذلك.		
١٨.	لا يضايقني أن يكون جاري في السكن مريضاً نفسياً .		
١٩.	من الحكمة أن تخفي الأسرة أمر أحد أفرادها إذا كان مريضاً نفسياً .		
٢٠.	أشعر بالخوف عندما أفكر في ناس عندهم مشاكل نفسية يعيشون في المنطقة التي أسكن فيها.		
٢١.	كثير من المعالجين النفسيين لديهم مشاكل نفسية.		
٢٢.	أي شخص يعيش في ضغط نفسي ممكن أن يصبح مريضاً نفسياً.		
٢٣.	أي شخص ممكن أن يتعرض للمعاناة والمرض النفسي.		

فقرات أخرى مقترحة:

توقيع المحكم

ملحق رقم (٤) مقياس مستوى التدين في صورته الأولية

مقياس مستوى التدين

الرقم	البنود	مناسبة	غير مناسبة
١.	أشعر براحة نفسية عميقة عند قراءة القرآن الكريم.		
٢.	أحافظ على أداء الصلاة في وقتها باطمئنان وخشوع.		
٣.	ألتزم بإخراج الزكاة في وقتها وأكون سعيدا بذلك.		
٤.	أحافظ على صيام النوافل (الاثنين والخميس، عاشوراء...الخ).		
٥.	أداوم على قراءة الأذكار والأوراد الدينية.		
٦.	أكون سعيدا عندما أبتهل إلى الله بالدعاء والشكر.		
٧.	أوقر الكبير وأرحم الصغير.		
٨.	إذا وقعت في معصية أبادر إلى الاستغفار والتوبة والندم.		
٩.	أحرص على الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر.		
١٠.	أحافظ على العهد وأوفي بالوعد.		
١١.	أصبر على البأساء والضراء.		
١٢.	أكظم غيظي وأعفو عمن ظلمني.		
١٣.	أحرص على مخالطة الأتقياء والصالحين وأتجنب مرافقة أهل السوء مهما كانت الأسباب.		
١٤.	أحب مساعدة الآخرين.		
١٥.	أحرص على إماطة الأذى عن الطريق.		
١٦.	أبتعد عن الغيبة والنميمة والخوض في أعراض الناس .		
١٧.	أحاول أن أتعرف على معاني الآيات القرآنية لأفهم أمور ديني.		
١٨.	أستعين بالله تعالى على النجاح في أداء عملي .		
١٩.	أحرص على صلة الأرحام قدر المستطاع .		
٢٠.	أشعر براحة نفسية عندما أتصدق على الفقراء والمحتاجين.		

فقرات أخرى مقترحة:

توقيع المحكم

ملحق رقم(٥) الصورة النهائية لمقاييس الدراسة

بســـم اللـــه الرحمـــن الرحيـــم

الجامعة الإسلامية – غزة
الدراسات العليا
كلية التربية
قسم علم النفس والإرشاد النفسي

أخي المواطن / أختي المواطنة / حفظكم الله ورعاكم ،،،

السلام عليكم ورحمة الله وبركاتـــه...

يقوم الباحث إسماعيل أحمد أحمد من برنامج غزة للصحة النفسية بإجراء دراسة علمية لنيل درجة الماجستير من قسم علم النفس والإرشاد النفسي بكلية التربية بالجامعة الإسلامية بعنوان

" **الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة الفلسطينية وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى**"

وتهدف هذه الدراسة إلى التعرف على اتجاه ذوي المرضى النفسيين نحو المرض النفسي ومعرفة العلاقة بين مستوى التدين والاتجاه نحو المرض النفسي، وذلك باستخدام مقياسين :

- الأول لقياس الاتجاه نحو المرض النفسي.
- والثاني لقياس مستوى التدين.

علماً بأن فائدة الدراسة ستعود على المجتمع الفلسطيني ، لذا أرجو منكم التعاون قدر المستطاع لإنجاح الدراسة بالإجابة على جميع الأسئلة بصدق ، علماً بأن جميع إجاباتكم ستكون سرية ولأغراض البحث العلمي فقط وأنا كباحث أتعهد لكم بذلك.

الباحث

إسماعيـــل أحمـــد أحمـــد

البيانات الديموغرافية

العمر : -------

الجنس : ☐ ذكر ☐ أنثى

السكن : ☐ مدينة ☐ قرية ☐ مخيم

المستوى التعليمي : ☐ لم يتعلم ☐ ابتدائي ☐ إعدادي ☐ ثانوي ☐ دبلوم

☐ جامعي وما فوق.

الدخل الشهري: ☐ أقل من ١٢٠٠ شيكل ☐ من ١٢٠١ - ٢٥٠٠ شيكل

☐ من ٢٥٠١ – ٣٥٠٠ شيكل ☐ ٣٥٠١ شيكل وما فوق.

مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي

الأخ الكريم / الأخت الكريمة: فيما يلي مجموعة من العبارات التي تعبر عن اتجاه الفرد نحو المرض النفسي ، المرجو منك أن تقرأ كل عبارة وتفهمها جيداً ، ثم وضع علامة (X) في العمود المناسب والذي يُعبر عن اتجاهك الموضوعي نحو المرض النفسي ، لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، وإنما الإجابة الصحيحة هي التي تُعبر عن وجهة نظرك الشخصية وليس أي إجابة أخرى .

الرقم	البنود	أوافق	إلى حد ما	لا أوافق
١.	نظرتي للمرض النفسي هي ذاتها لأي مرض آخر.			
٢.	كثير من المعالجين النفسيين لديهم مشاكل نفسية.			
٣.	أشعر بالحرج عند الحديث عن مشكلاتي النفسية.			
٤.	أتردد في طلب الاستشارة النفسية إذا واجهتني مشكلة أو أزمة نفسية.			
٥.	يضايقني أن أرى بعض الأفراد يخجلون من طلب المعالجة النفسية.			
٦.	أشعر بالضيق عندما أرى مريض نفسي.			
٧.	لا ينبغي الخجل من المرض النفسي.			
٨.	يجب عدم التردد من مراجعة المعالج النفسي حتى لو كانت المشكلة التي نواجهها بسيطة.			
٩.	من الصعب علي تقبل أن يقال عني مريض نفسي.			
١٠.	أفضل الذهاب للفتاحين (العرافين) بدل المعالج النفسي لحل مشكلتي النفسية.			
١١.	الأزمات الشديدة والمزمنة فقط هي التي تحتاج إلى العلاج النفسي.			

			الحل الأمثل للمريض النفسي هو حبسه حتى لا يؤذي غيره.	١٢.
			دراسة العلوم النفسية مضيعة للوقت وهدر للجهد.	١٣.
			نادراً ما يستفيد المريض النفسي من مراجعة عيادات الطب النفسي.	١٤.
			ما يخيفني من مراجعة المعالج النفسي هو نظرة النـــاس لـــي عنـــدما يعرفون ذلك.	١٥.
			لا يضايقني أن يكون جاري في السكن مريضاً نفسياً .	١٦.
			من الحكمة أن تخفي الأسرة أمر أحد أفرادها إذا كان مريضاً نفسياً .	١٧.
			أشعر بالتوتر عندما أفكر في ناس عندهم مشاكل نفسية يعيـــشون فـــي المنطقة التي أسكن فيها.	١٨.
			أي شخص ممكن أن يتعرض للمعاناة والمرض النفسي.	١٩.

مقياس مستوى التدين

الأخ الكريم / الأخت الكريمة: فيما يلي مجموعة من العبارات التي تصف تدين الفرد ، المرجو منك أن تقرأ كل عبارة وتفهمها جيداً ، ثم وضع علامة (X) في العمود المناسب والذي يُعبر عن رأيك ، لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، وإنما الإجابة الصحيحة هي التي تُعبر عن رأيك بالفعل .

الرقم	البنود	أوافق	إلى حد ما	لا أوافق
١.	أشعر براحة نفسية عميقة عند قراءة القرآن الكريم.			
٢.	أحافظ على أداء الصلاة في المسجد.			
٣.	ألتزم بإخراج الزكاة في وقتها وأكون سعيدا بذلك.			
٤.	أحافظ على صيام النوافل (الاثنين والخميس، عاشوراء...الخ).			
٥.	أداوم على قراءة الأذكار والأوراد الدينية.			
٦.	أكون سعيدا عندما أبتهل إلى الله بالدعاء والشكر.			
٧.	إذا وقعت في معصية أبادر إلى الاستغفار والتوبة.			
٨.	أحرص على الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر.			
٩.	أصبر على البأساء والضراء.			
١٠.	أكظم غيظي وأعفو عمن ظلمني.			
١١.	أحرص على مخالطة الأتقياء والصالحين وأتجنب مرافقة أهل السوء مهما كانت الأسباب.			
١٢.	أحب مساعدة الآخرين.			

١٣.	أحرص على إماطة الأذى عن الطريق.			
١٤.	أبتعد عن الغيبة والنميمة والخوض في أعراض الناس .			
١٥.	أحاول أن أتعرف على معاني الآيات القرآنية لأفهم أمور ديني.			
١٦.	أستعين بالله تعالى على النجاح في أداء عملي .			
١٧.	أحرص على صلة الأرحام قدر المستطاع .			
١٨.	أشعر براحة نفسية عندما أتصدق على الفقراء والمحتاجين.			

ملخص الدراسة

الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة الفلسطينية وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى

إذا كانت هناك اتجاهات خاطئة نحو المرض النفسي فانه قد يترتب عليها نتائج سلبية تتمثل في تعطيل فرص الاستفادة من الخدمات الطبية النفسية الاجتماعية المتاحة مما يعتبر هدرا للإمكانيات المتاحة فضلا عن الجانب الإنساني في الموقف . ويرى الباحث أنه لابد من دراسة ورصد هذه الاتجاهات وتعيينها بدقة ومحاولة تفسيرها وفهم الجذور الاجتماعية والنفسية والتاريخية لوجودها ، وذلك مقدمة للعمل على مواجهتها وتحجيمها والتقليل منها إن لم يكن القضاء عليها .

تهدف الدراسة الراهنة إلى معرفة اتجاهات ذوي المرضى النفسيين نحو المرض النفسي في ضوء بعض المتغيرات : التدين ، والعمر ، والجنس ، والمستوى التعليمي ، ومكان السكن ، ودخل الأسرة الشهري ، ومعرفة مستوى التدين لدى ذوي المرضى النفسيين .

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها : تتحدد وتتبلور مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية :

١. ما طبيعة الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة الفلسطينية لدى ذوي المرضى النفسيين؟

٢. ما مستوى التدين لدى ذوي المرضى النفسيين في البيئة الفلسطينية؟

٣. هل توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين ومستوى التدين؟

٤. هل توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين والعمر؟

٥. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين تعزى للجنس (ذكر ، أنثى)؟

٦. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحـــو المـــرض النفـــسي لـــدى ذوي المرضى النفسيين تعزى للمستوى التعليمي (لم يتعلم ، إبتدائي ، إعـــدادي ، ثـــانوي ، دبلوم ، جامعي وما فوق)؟

٧. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين تعزى لمكان السكن (مدينة ، معسكر ، قرية)؟

٨. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين تعزى لدخل الفرد الشهري (أقل من ١٢٠٠ شيكل ، من ١٢٠١ – ٢٥٠٠ شيكل ، من ٢٥٠١ – ٣٥٠٠ شيكل ، ٣٥٠١ شيكل وما فوق)؟

وتكونت فرضيات الدراسة من (٦) فرضيات على النحو التالي:

الفرضية الأولى: لا توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين الاتجاه نحو المرض النفـــسي لدى ذوي المرضى النفسيين ومستوى التدين.

الفرضية الثانية: لا توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين الاتجاه نحو المرض النفـــسي لدى ذوي المرضى النفسيين والعمر.

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين تعزى لنوع الجنس (ذكر ، أنثى).

الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين تعزى للمستوى التعليمي (لم يتعلم ، إبتدائي ، إعدادي ، ثـــانوي ، دبلوم ، جامعي وما فوق).

الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المـــرض النفـــسي لدى ذوي المرضى النفسيين تعزى لمكان السكن (مدينة ، قرية ، معسكر).

الفرضية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاتجاه نحو المـــرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين تعزى لمتغير دخل الأسرة الشهري (أقل مـــن ١٢٠٠ شيكل ، من ١٢٠١ – ٢٥٠٠ شيكل ، من ٢٥٠١ – ٣٥٠٠ شيكل ، ٣٥٠١ شـــيكل ومـــا فوق).

وقد تكونت **عينة الدراسة** من (٣٠٠) شخص من ذوي المرضى النفسيين الذين يُعالجون مرضاهم في عيادات برنامج غزة للصحة النفسية ، حيث بلغ متوسط أعمارهم (٣٢,٨) سنة بانحراف معياري (١٠,٣) سنة ، حيث شكل الذكور في العينة نسبة (٤٥%) ، بينما شكلت الإناث في العينة نسبة (٥٥%) . وكانت **الأدوات** المستخدمة عبارة عن مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي ومقياس مستوى التدين ، حيث قام الباحث بإعداد هاتين الأداتين ، وتم التأكد من صدقهما وثباتهما . وتم استخدام **أساليب إحصائية** متعددة وهي : التكرارات ، والنسب المئوية ، والمتوسط الحسابي ، والانحراف المعياري ، والوزن النسبي ، ومعامل ارتباط بيرسون ، واختبار (ت) ، وتحليل التباين الأحادي .

كشفت نتائج الدراسة ما يلي:

أن اتجاه ذوي المرضى النفسيين نحو المرض النفسي ايجابي وبنسبة (٦٥,٦%) ، وأن مستوى التدين لدى ذوي المرضى النفسين عالي وبنسبة (٩٣,٥%) . وأنه كلما زادت درجة التدين عند ذوي المرضى النفسيين كلما زاد اتجاههم الايجابي نحو المرض النفسي والعكس صحيح . ولقد تبين أيضاً أن الأفراد الحاصلين على شهادة الدبلوم بعد الثانوية لديهم اتجاه إيجابي نحو المرض النفسي أكثر من الأفراد الذين مستواهم التعليمي إعدادي فأقل ، كذلك تبين أن الأفراد الحاصلين على الشهادة الجامعية فما فوق لديهم اتجاه ايجابي نحو المرض النفسي أكثر من الأفراد الحاصلين على شهادة علمية من ثانوية عامة فأقل . وأن الأفراد الذين مستوي دخل أسرهم يتراوح بين (١٢٠١ شيكل) حتى (٢٥٠٠ شيكل) لديهم اتجاه إيجابي نحو المرض النفسي أكثر من الأفراد الذين مستوى دخل أسرهم أقل من (١٢٠٠ شيكل) ، بينما لم تلاحظ أي فروق إحصائية بين المستويات الأخرى . وأنه لا توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين والعمر . وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين تبعاً للمتغيرين الجنس ومكان السكن .

The study **sample** consisted of (300) relatives of a mentally ill individuals who are under treatment at Gaza Community Mental Health Program clinics, with an average age (32.8) years, with standard deviation (10.3) years, with males representing (45%), while female representing (55%). The researcher used two tools, a measure of the attitude towards mental illness and a measure of the level of religiosity, he prepared these tools and confirmed their validity and reliability. He used multiple statistical methods including: Recurrences, percentages, the arithmetic average, standard deviation, the relative weight, Pearson correlation coefficient, testing (T-test), and one way ANOVA.

The results of the study revealed the following:

The attitude towards the mental illness among relatives of a mentally ill individuals is positive (65.6%), and that the level of religiosity is high (93.5%). And that the greater the degree of religiosity, the more positive attitude towards mental illness and vice versa. It has also been found that individuals who obtained post-secondary diploma have a positive tendency towards the mental illness more than those who have preparatory level of education or less, it is also found that individuals who obtained university degree and more, have a positive tendency towards the mental illness more than those who have general secondary and less. It is also found that with monthly income between (1201 shekels) and (2500 shekels) have positive attitude towards mental illness more than those with monthly income less than (1200 shekels), while no statistical differences between the other levels are noticed. And that there was no statistical relationship between the attitude towards mental illness among relatives of a mentally ill individuals and their age, sex and place of residence.

7. Are there any statistically significant differences in the attitude of mental illness among relatives of a mentally ill individuals related to the place of residence (city, camp, village)?

8. Are there any statistically significant differences in the attitude of mental illness among relatives of a mentally ill individuals related to the monthly per capita income (less than 1200 shekels, from 1201 - 2500 shekels, from 2501 - 3500 shekels shekels in 3501 and above)?

The study consists of 6 hypotheses as follows:

First hypothesis:
There is no statistical relationship between the attitude towards mental illness and level of religiosity among relatives of a mentally ill individuals.

Second hypothesis:
There is no statistical relationship between the attitude towards mental illness among relatives of a mentally ill individuals and their age.

Third hypothesis:
There is no statistically significant differences in the attitude of mental illness among relatives of a mentally ill individuals related to their sex (male, female).

Fourth hypothesis:
There is no statistically significant differences in the attitude of mental illness among relatives of a mentally ill individuals related to the educational level.

Fifth hypothesis:
There is no statistically significant differences in the attitude of mental illness among relatives of a mentally ill individuals related to the place of residence (city, camp, village).

Sixth hypothesis:
There is no statistically significant differences in the attitude of mental illness among relatives of a mentally ill individuals related to the monthly per capita income (less than 1200 shekels, from 1201 - 2500 shekels, from 2501 - 3500 shekels in 3501 and above).

Abstract

The attitude towards mental illness in the Palestinian environment and its relation to some other variables

Attitude is a group of perceptions, emotions and believes about an issue, that lead the individuals behavior towards this issue (i.e. positive or negative).

If the attitudes towards mental illness are wrong , it may have negative consequences regarding the consuming of boi-psycho-social services and wasting of possibilities available. The researcher believes that we have to identify these attitude and study them carefully to have more understanding about their psycho-social and historical roots , as a prelude to work on them , placed and reduce or eliminate them.

The current study aims to investigate the relatives of a mentally ill attitudes towards mental illness in the sight of some variables: religion, age, sex, educational level, the location of housing and monthly family income.

Problem and questions of study:

1. What is the nature of attitude towards mental illness among relatives of a mentally ill individuals in the Palestinian environment?

2. What level of religiosity among relatives of a mentally ill individuals in the Palestinian environment?

3. Is there a statistical relationship between the attitude towards mental illness and level of religiosity among relatives of a mentally ill individuals?

4. Is there a statistical relationship between the attitude towards mental illness among relatives of a mentally ill individuals and their age?

5. Are there any statistically significant differences in the attitude of mental illness among relatives of a mentally ill individuals related to their sex (male, female)?

6. Are there any statistically significant differences in the attitude of mental illness among relatives of a mentally ill individuals related to the educational level?